

InEK

Abschlussbericht

Entwicklung von Investitionsbewertungs-
relationen (IBR) gem. § 10 KHG
für das Jahr 2025

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](https://www.in-ek.de)

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 2025	25
5.1.2 Bewertung von Zusatzentgelten im aG-DRG-System 2025	25
5.1.3 IBR-Bezugsgröße (DRG)	26

5.2	Investitionsbewertungsrelationen (PEPP-Entgeltbereich).....	27
5.2.1	Bewertungsrelationen für das PEPP-System 2025	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 Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen gem. § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), die eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglichen sollen. Dieser Abschlussbericht beschreibt die dabei angewendete Methodik und stellt die Ergebnisse der Kalkulation für das Jahr 2025 vor.

Den 62 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.

Für die Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen stand erneut eine ausreichende Datenbasis zur Verfügung, die sowohl die Erstellung eines IBR-Katalogs zur aG-DRG-Version 2025 als auch die Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen für den PSY-Entgeltbereich ermöglichte. Letztere sind als tagesbezogene Bewertungsrelationen im IBR-Katalog zur PEPP-Version 2025 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 – insbesondere nach dem Auslaufen der verpflichtenden Teilnahme an der Investitionskostenerhebung – 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 im Sinne eines „lernenden Systems“ eingehen.

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 2025

1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen für Zwecke gem. § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) für das Jahr 2025. 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.

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

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 2025 sowie die tagesbezogenen Entgelte der PEPP-Version 2025 berechnet und den Selbstverwaltungspartnern am 24. März 2025 den Entwurf des Katalogs der Investitionsbewertungsrelationen (IBR-Katalog) für den DRG- sowie den PSY-Entgeltbereich vorgelegt. 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 Leistungsinformationen als Verknüpfungsmerkmal zwischen Leistung und dafür benötigter Ausstattung Rechnung getragen. Als Datenbasis dienen die fallbezogen dokumentierten Leistungsinformationen.

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 zu mindest 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 krankenhäusindividuellen 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.

3.1 Beteiligung

Für die Kalkulation der Investitionskosten für 2025 haben 65 Krankenhäuser auf freiwilliger Basis während der Datenlieferungsphase zwischen dem 31. Juli und dem 16. September 2024 Kalkulationsdaten an das InEK übermittelt. Die Teilnehmerzahl und der übermittelte Datenumfang liegen in etwa auf dem Niveau des Vorjahres.

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

Kalkulationskrankenhäuser (Anzahl)	Gesamt (DJ 2023)	Vorjahr (DJ 2022)
Mit erfolgter Datenlieferung	65	64
• davon für Entgeltbereich DRG	55	53
• davon für Entgeltbereich PSY	26	27
○ davon Teilnahme DRG-/PEPP-Kalkulation	49	46
○ davon Teilnahme nur IBR-Kalkulation	16	18

Tabelle 1: Kalkulationskrankenhäuser der IBR-Datenerhebung, Datenjahr 2023

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

Mit 21 Teilnehmern stellte Nordrhein-Westfalen den mit Abstand größten Anteil der Krankenhäuser (ca. 32%). Mit Ausnahme von Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern haben aus allen anderen Bundesländern zwischen ein bis neun Krankenhäuser Daten geliefert.

Bundesland	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	6
Bayern	9
Berlin	4
Brandenburg	2
Bremen	2
Hessen	3
Niedersachsen	7
Nordrhein-Westfalen	21
Rheinland-Pfalz	2
Saarland	1
Sachsen	2
Sachsen-Anhalt	1
Schleswig-Holstein	3
Thüringen	2
Gesamt	65

Tabelle 2: Zusammensetzung der Datenerhebung nach dem Bundesland, Datenjahr 2023

Die folgende Tabelle 3 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebung nach der Trägerschaft der Krankenhäuser. Darunter befindet sich eine Universitätsklinik. Seit dem Auslaufen der verpflichtenden Kalkulationsteilnahme liegt der Anteil von Krankenhäusern in privater Trägerschaft in der Stichprobe auf deutlich niedrigerem Niveau.

Trägerschaft	Anzahl Krankenhäuser (DJ 2023)	Anzahl Krankenhäuser Vorjahr (DJ 2022)
Frei-gemeinnützig	30	30
Öffentlich davon Universitätskliniken	28 1	28 1
Privat davon Universitätskliniken	7 0	6 0

Tabelle 3: Zusammensetzung der Datenerhebung nach der Trägerschaft, Datenjahr 2023

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 2025 gilt das Datenjahr 2023).
- Die Kosten müssen mit Investitionsmaßnahmen in Verbindung stehen, die innerhalb des für die Erhebung gültigen Kalkulationszeitraums durchgeführt wurden. Der für die Kalkulation für 2025 gültige Kalkulationszeitraum umfasst die Jahre 2017 bis 2023. 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) wurde 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 krankenhausbbezogenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem eigenständigen Report. Auf Grundlage der Reporte haben die Krankenhäuser die Kalkulationsdatensätze überarbeitet und erneut an das InEK übermittelt. Mehrheitlich wurden in Absprache mit dem InEK mehrere Korrekturlieferungen bis zum Erreichen der erforderlichen Datenqualität durchgeführt. Alternativ zu einer Korrekturlieferung von Datensätzen konnte das Kalkulationskrankenhaus plausible, krankenhaushausindividuelle Erklärungen für einzelne Auffälligkeiten übermitteln.

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 krankenhaushausindividuelle Anlagenauslastung zurückzuführen, die beispielsweise durch regionale Versorgungsstrukturen und daraus bedingte Vorhaltesituationen oder durch verminderte Auslastungen nach Fallzahlrückgang begründet sein konnte.

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

Ausschlussgrund	ausgeschlossene Modulwerte (Anzahl)
Auffälliger Kostensatz (Abweichung von plausiblen Grenzen > 100 %) mit dominierendem Einfluss auf den mittleren Modulkostensatz	74
Leistungsmenge fehlt oder falsch mit erheblichen Auswirkungen auf die Kostensatzberechnung (fehlerhafte Fallauswahl des KH)	40
Fehlerhafte Kostenübermittlung (Kennzeichnung Miete/AHK)	3
Falsche Kontozuordnung mit daraus folgender falscher Kostenverrechnung (abweichende Nutzungsdauer, Verteilschlüssel)	0
Kalkulationsausschluss des Moduls, weil die Kalkulation durch das Krankenhaus nicht erfolgreich war oder abgebrochen wurde.	0

Tabelle 4: Plausibilitätsprüfungen: Gründe und Anzahl ausgeschlossener Modulwerte, Datenjahr 2023

4 Kalkulationsdatenbasis

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

4.1 Kostendaten

4.1.1 Datenaufbereitung

Die 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 betraf dies die Leistungen der Elektrokonvulsions-therapie.

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.

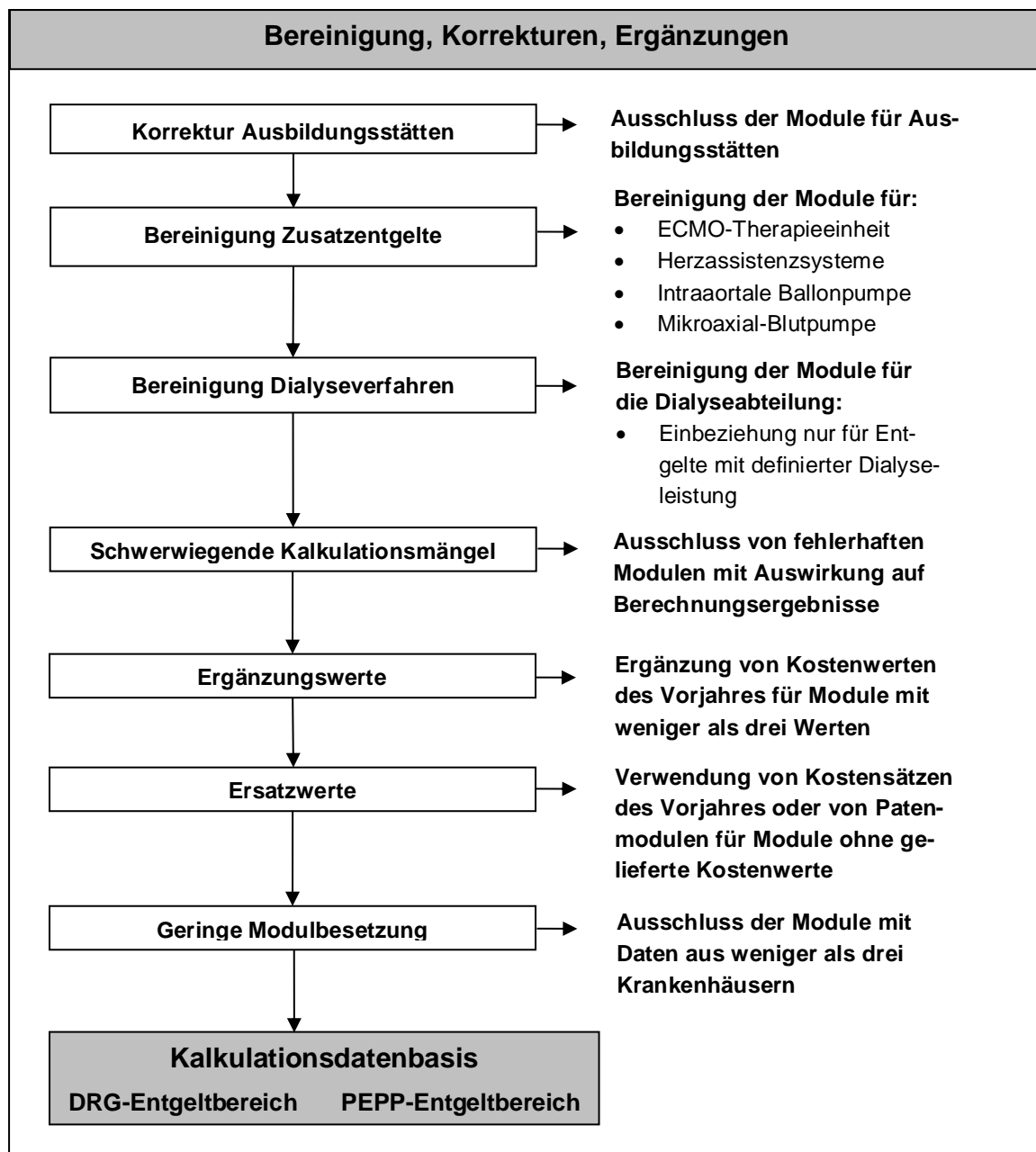


Abbildung 1: Übersicht Prozess – Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

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 vorhergehenden Kalkulationen 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	1
Zusatzentgelte	26
Geringe Modulbesetzung	127
Ergänzungs- und Ersatzwerte	111

Tabelle 5: Module mit Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen, Datenjahr 2023

Die Angaben in der Spalte „Anzahl Module“ beziehen sich auf die für die Kalkulation für 2025 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	1.392
Anzahl Fälle	20.026.048

Tabelle 6: Umfang der Datenlieferung gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG, Datenjahr 2023 (Stand: 31. Mai 2024)

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	65
Anzahl Modulkostenwerte	2.313
Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge)	1.013.980

Tabelle 7: Umfang der IBR-Datenerhebung, Datenjahr 2023

Die Anzahl der Modulkostenwerte umfasst alle von den Krankenhäusern übermittelten und nach Prüfung für die IBR-Berechnung akzeptierten Kostenwerte. 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 2023 zur Verfügung stehenden Fallmengen gibt Tabelle 8 wieder.

Kriterium	DRG-Kalkulation	PEPP-Kalkulation
Anzahl Krankenhäuser	270	120
Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge)	5.052.701	339.356

Tabelle 8: Umfang der Datenlieferung: Datenstand nach Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen, Datenjahr 2023

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 2025 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:

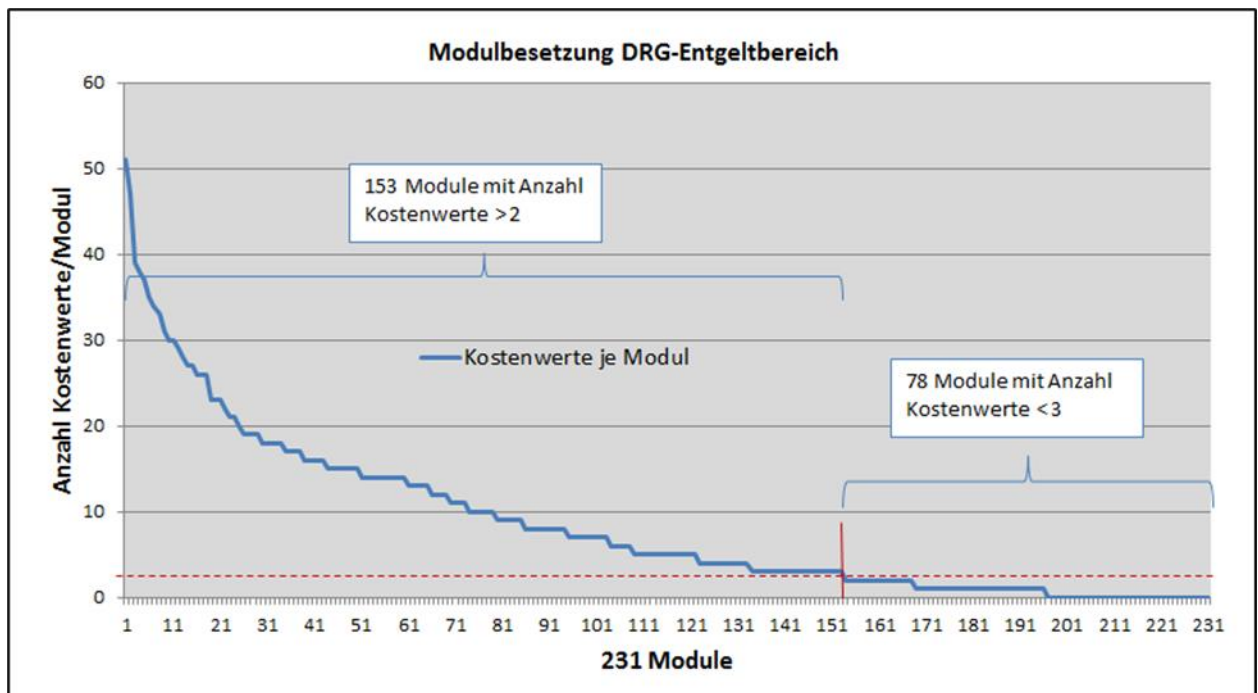


Abbildung 2: DRG-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module, Datenjahr 2023

Für 153 Module wurden drei oder mehr nach Plausibilitätsprüfungen akzeptierte Kostenwerte von den Kalkulationskrankenhäusern geliefert. Diese Module konnten unmittelbar für die IBR-Berechnung verwendet werden. Dagegen lagen für 78 Module weniger als

die geforderte Mindestanzahl von drei Kostenwerten vor. Die Modulbesetzung dieser 83 Module zeigt Tabelle 9 im Einzelnen:

Module	Anzahl
Module mit 0 Kostenwerten	35
Module mit 1 Kostenwert	28
Module mit 2 Kostenwerten	15
Gesamt von 231	78

Tabelle 9: DRG-Entgeltbereich: Module mit weniger als drei akzeptierten Modulwerten, Datenjahr 2023

Für die Module mit weniger als drei vorliegenden Kostenwerten wurde die Verwendung von Ergänzungs- oder Ersatzwerten geprüft. Im Ergebnis konnte für insgesamt 67 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 85 von den KH gelieferte Kostenwerte	34
Ersatzwerte Vorjahre/Datenjahr Modulkostensätze für dasselbe Modul	24
Ersatzwerte Vorjahre/Datenjahr Modulkostensätze eines Patenmoduls	9

Tabelle 10: DRG-Entgeltbereich: Verwendung von Ergänzungs- und Ersatzkostenwerten, Datenjahr 2023

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

Module	Anzahl
Benötigte Module	231
abzgl. Module mit < 3 Kostenwerten	78
zuzgl. Module mit Ergänzungs-/Ersatzkostenwerten	67
Für Kalkulation verwendbare Module	220
Saldo: fehlende Module	11

Tabelle 11: DRG-Entgeltbereich: Für IBR-Berechnung benötigte und verwendbare Module, Datenjahr 2023

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-Kostenstellen-gruppe 30 verwendeten Daten zeigt Tabelle 12.

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 aktuelle Kalkulation 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.

MoID	Modul			Anzahl Kostenwerte Datenjahr 2023		inkl. Erg./Ersatz aus Vorjahren
	KST- Grupp e	Anlagen- konto	Kontobezeich- nung	Vollstän- dige Mo- dule	Nicht voll- ständige Module	Vollständige Mo- dule inkl. Erg./Er- satz
327	30	1100000	Betriebsbauten	0	18	3
328	30	1200000	Außenanlagen	1	13	4
331	30	6000000	Techn. Anl. Be- triebsbauten	0	17	3
332	30	6300000	Techn. Anl. Au- ßenanlagen	0	3	0
333	30	7001010	Basis 5J	0	31	4
334	30	7001020	Basis 10J	0	37	3
335	30	7001030	Basis 15J	0	18	3
336	30	7001040	Mobiliar	0	34	4
337	30	7001050	DV- PC/Endgeräte	1	46	4
338	30	7001060	DV-Anlagen	6	32	6
339	30	7002010	Med. Stations- ausst.	0	26	3
340	30	7002020	Patientenbet- ten/-liegen	0	0	3
342	30	9020000	Software (fremd)	5	46	5
Gesamt				13	321	

Tabelle 12: Datenbasis für Module der Basis-Kostenstellengruppe 30, Datenjahr 2023

4.3.2 Fehlende Daten

Die Krankenhäuser der IBR-Stichprobe bereiten Kostendaten für die innerhalb des gültigen Kalkulationszeitraums vorgenommenen Investitionen auf. Die übermittelten Daten bilden daher in der Regel einen Ausschnitt der gesamten Anlagenausstattung ab. In Abhängigkeit vom Umfang dieser Investitionen und der Anzahl der Krankenhäuser in der Stichprobe kann im Ergebnis der Datenerhebung bei einzelnen Investitionskostenmodulen eine zu geringe Anzahl an Kostenwerten vorliegen oder auch eine Lieferung von Kosten ausbleiben. Die Verwendung von Ergänzungs- oder Ersatzwerten kann eine mögliche Datenlücke zumindest verringern. Für die diesjährige Kalkulation 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 2025 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 / Bedeu- tung
2	Intensivstation	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 (z.B. Personenwaage); betrifft grds. alle Fälle eines Leistungsbezugs
4	OP-Bereich	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
5	Anästhesie	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
6	Kreißsaal	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
8	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 2023

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

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

4.4 Datenbasis – PEPP-Entgeltbereich

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 2025 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:

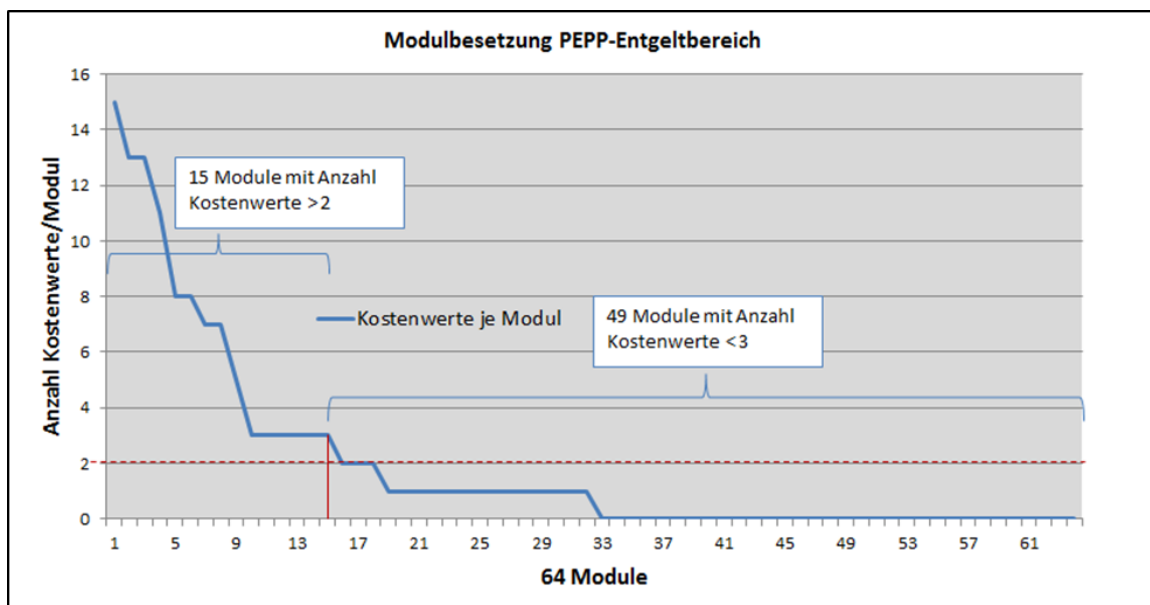


Abbildung 3: PEPP-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module, Datenjahr 2023

Für 15 Module wurden drei oder mehr nach Plausibilitätsprüfungen akzeptierte Kostenwerte von den Kalkulationskrankenhäusern geliefert. Diese Module konnten unmittelbar für die IBR-Berechnung verwendet werden. Dagegen lagen für 49 Module weniger als die geforderte Mindestanzahl von drei Kostenwerten vor. Die Modulbesetzung dieser 49 Module zeigt Tabelle 14 im Einzelnen:

Module	Anzahl
Module mit 0 Kostenwerten	31
Module mit 1 Kostenwert	9
Module mit 2 Kostenwerten	9
Gesamt von 64	49

Tabelle 14: PEPP-Entgeltbereich: Module mit weniger als drei akzeptierten Modulwerten, Datenjahr 2023

Für die Module mit weniger als drei vorliegenden Kostenwerten wurde die Verwendung von Ergänzungs- oder Ersatzkostenwerten geprüft. Diese Möglichkeit war für insgesamt 44 Module gegeben (siehe Tabelle 15 sowie Tabellen A-1-1 und A-1-2 im Anhang).

Kostenwert	Verwendet für Anzahl Module
Ergänzungswerte Vorjahre Insgesamt 53 von den KH gelieferte Kostenwerte	15
Ersatzwerte Vorjahre/Datenjahr Modulkostensätze für dasselbe Modul	17
Ersatzwerte Vorjahre/Datenjahr Modulkostensätze eines Patenmoduls	12

Tabelle 15: Datenbasis PEPP-Entgeltbereich: Verwendung von Ergänzungs- und Ersatzkostenwerten für die Menge der benötigten Module, Datenjahr 2023

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	49
zuzgl. Module mit Ergänzungs-/Ersatzkostenwerten	44
Für Kalkulation verwendbare Module	59
Saldo: fehlende Module	5

Tabelle 16: Datenbasis PEPP-Entgeltbereich: Für die IBR-Berechnung benötigte und verwendbare Module, Datenjahr 2023

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 2025 konnten für 5 der im PEPP-Entgeltbereich benötigten 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. Die betreffenden Module sind in Tabelle 17 dargestellt:

KoStGr	KoStGr Bezeichnung	Anl.- Konto	Anl.-Konto Bezeichnung	Inhalt / Bedeutung
22	Station Intensiv- behandl.	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 2023

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 2025

Die Investitionsbewertungsrelationen für die Entgelte des aG-DRG-Systems 2025 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 2025 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 aG-DRG-System enthält der IBR-Katalog zum aG-DRG-System 2025 keine Hybrid-DRGs. Bei der Berechnung der IBR-Bewertungsrelationen verbleiben die dem Gruppierungsalgorithmus zu Folge auf Hybrid-Fälle entfallenden Kostenbestandteile bei der jeweiligen „Mutter“-DRG.

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 2025

Von den im aG-DRG-System 2025 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 2025 die Zusatzentgelte mit Leistungen unter Einsatz einer Intraaortalen Ballonpumpe (IABP) und von Verfahren der Extrakorporalen Membranoxygenation (ECMO) bewertet werden. Aufgrund der verbesserten Datenlage konnte erstmals für den IBR-Katalog 2025 das Zusatzentgelt für die Implantation einer linksventrikulären bzw. rechtsventrikulären axialen Pumpe (ZE2025-62 *Mikroaxial-Blutpumpe*) 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 2025 die für den DRG-Entgeltbereich verwendete Bezugsgröße als mittlere Investitionskosten je Fall 379,37 € (Vorjahr: 379,49 €).

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.

5.2 Investitionsbewertungsrelationen (PEPP-Entgeltbereich)

5.2.1 Bewertungsrelationen für das PEPP-System 2025

Die Investitionsbewertungsrelationen für die Entgelte des PEPP-Systems 2025 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 2025 definierten Zusatzentgelten (ZP) kamen für die Berechnung einer Investitionsbewertungsrelation diejenigen Leistungen in Frage, deren Erbringung den Einsatz spezieller Anlagenausstattung erfordert. Für die Elektrokonvulsions-therapie 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 2025 die für den PEPP-Entgeltbereich verwendete Bezugsgröße als mittlere Investitionskosten je Berechnungstag 22,13 € (Vorjahr: 22,75 €).

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.

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.

Beteiligung an der Datenerhebung

Für das Datenjahr 2023 konnte die Stichprobenerhebung auf eine knapp ausreichende Datenbasis gestellt werden. Die Datenbasis für die Kalkulation im PEPP-Entgeltbereich ist sehr knapp; weitere Ausfälle von Kalkulationsteilnehmern könnten dazu führen, dass eine Bewertung in diesem Entgeltbereich zukünftig nicht mehr möglich würde. Unverändert sollte 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 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

KoStGr	Module			Anzahl Kostenwerte	Herkunft Datenjahr
	KoStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung		
1	Normalstation	7006100	Spezial-MT Urologie	5	2022, 2021
3	Dialyse	7002010	Med. Stationsausst.	5	2021
3	Dialyse	7002030	Infusionspumpen	1	2021
4	OP-Bereich	7006090	Spezial-MT HNO	6	2021
5	Anästhesie	1100000	Betriebsbauten	1	2021
5	Anästhesie	7001020	Basis 10J	3	2021
6	Kreißaal	7001050	DV-PC/Endgeräte	2	2020
6	Kreißaal	7002030	Infusionspumpen	2	2022, 2021
7	Kardiolog. Diag./Ther.	1100000	Betriebsbauten	2	2022
7	Kardiolog. Diag./Ther.	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	3	2021
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001010	Basis 5J	3	2021
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001060	DV-Anlagen	5	2022, 2021
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7002020	Patientenbetten/-liegen	3	2022
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7002070	Tisch/Stuhl - Unters./Interv.	2	2021
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7006040	OP-Besteck	4	2021, 2020
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7006050	OP-Chirurgiegeräte	2	2022
8	Endoskop. Diag./Ther.	1100000	Betriebsbauten	2	2021, 2020
8	Endoskop. Diag./Ther.	7002020	Patientenbetten/-liegen	2	2022
8	Endoskop. Diag./Ther.	7002030	Infusionspumpen	2	2021
8	Endoskop. Diag./Ther.	7006060	Deckenversorgung/OP-Leuchten	1	2022
9	Radiologie	7001020	Basis 10J	2	2021, 2019
9	Radiologie	7002030	Infusionspumpen	1	2021
9	Radiologie	7011050	Nuklearmed. Gerätesysteme	4	2021
9	Radiologie	7011060	Nuklearmed. SPECT	1	2021
10	Laboratorien	1100000	Betriebsbauten	2	2021
10	Laboratorien	7001060	DV-Anlagen	1	2021
11	Diagnost. Bereiche	7001020	Basis 10J	2	2021, 2020
11	Diagnost. Bereiche	7006100	Spezial-MT Urologie	2	2022, 2020
8	Endoskop. Diag./Ther.	7011030	Angiographiegerät	2	2021, 2019
11	Diagnost. Bereiche	7006060	Deckenversorgung/OP-Leuchten	2	2021
12	Therapeutische Verfahren	1100000	Betriebsbauten	3	2021
12	Therapeutische Verfahren	7001010	Basis 5J	2	2022, 2020
12	Therapeutische Verfahren	7001020	Basis 10J	2	2021, 2020
13	Patientenaufnahme	7001010	Basis 5J	2	2021
13	Patientenaufnahme	7002070	Tisch/Stuhl - Unters./Interv.	1	2021
13	Patientenaufnahme	7006060	Deckenversorgung/OP-Leuchten	6	2021

PEPP-Entgeltbereich

Module				Anzahl Kosten- werte	Herkunft Datenjahr
KoStGr	KoStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung		
21	Station Regelbeh.	7001030	Basis 15J	4	2021
22	Station Intensivbeh.	1100000	Betriebsbauten	6	2021
22	Station Intensivbeh.	7001040	Mobiliar	7	2021
22	Station Intensivbeh.	7001050	DV-PC/Endgeräte	4	2021
22	Station Intensivbeh.	7002010	Med. Stationsausst.	1	2022
22	Station Intensivbeh.	7002020	Patientenbetten/-liegen	4	2021
22	Station Intensivbeh.	7002050	Funktionsdiagnostik	4	2022, 2021
22	Station Intensivbeh.	9020000	Software (fremd)	5	2021
23	Psychotherapie	1100000	Betriebsbauten	3	2021
23	Psychotherapie	7001040	Mobiliar	1	2022
23	Psychotherapie	7001050	DV-PC/Endgeräte	1	2021
24	Physikalische Ther.	7001050	DV-PC/Endgeräte	3	2021, 2018
24	Physikalische Ther.	7013010	Med. Ausstattung Therapiegeräte	5	2021
25	Ergotherapie	7001010	Basis 5J	4	2021
25	Ergotherapie	7015010	Med. Ausstattung Ergotherapie	1	2022

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 Datenjahr	Herkunft Modul	Bemerkung
KoStGr	KoStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung			
1	Normalstation	6010000	Techn. Anl. Nuklearmedizin	2016	1_6010000	
3	Dialyseabteilung	1100000	Betriebsbauten	2021	3_1100000	
3	Dialyse	7001010	Basis 5J	2017	3_7001010	
3	Dialyseabteilung	7001020	Basis 10J	2022	3_7001020	
3	Dialyse	7001030	Basis 15J	2021	3_7001030	
4	OP-Bereich	7006010	Herz-Lungen-Maschine	2021	4_7006010	
4	OP-Bereich	7011100	Strahlenther. - Behandlungsger.	2018	4_7011100	
5	Anästhesie	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2023	13_6000000	Patenmodul
5	Anästhesie	7001010	Basis 5J	2018	5_7001010	
6	Kreißsaal	1100000	Betriebsbauten	2019	6_1100000	
6	Kreißsaal	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2023	13_6000000	Patenmodul
6	Kreißsaal	7001010	Basis 5J	2017	8_7001010	Patenmodul
6	Kreißsaal	7001020	Basis 10J	2019	6_7001020	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001020	Basis 10J	2021	7_7001020	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7006060	Deckenversorgung/OP-Leuchten	2021	7_7006060	
8	Endoskop. Diag./Ther.	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2023	13_6000000	Patenmodul
8	Endoskop. Diag./Ther.	7001010	Basis 5J	2017	8_7001010	
8	Endoskop. Diag./Ther.	7001020	Basis 10J	2021	8_7001020	
8	Endoskop. Diag./Ther.	7006040	OP-Besteck	2022	8_7006040	
9	Radiologie	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2022	9_6000000	
9	Radiologie	7002020	Patientenbetten/-liegen	2022	9_7002020	
9	Radiologie	7011070	Nuklearmed. PET	2022	9_7011070	
9	Radiologie	7011100	Strahlenther. - Behandlungsger.	2022	9_7011100	
10	Laboratorien	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2022	10_6000000	
11	Diagnost. Bereiche	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2022	13_6000000	Patenmodul
11	Diagnostische Bereiche	7001010	Basis 5J	2022	11_7001010	
11	Diagnostische Bereiche	7002030	Infusionspumpen	2022	1_7002030	Patenmodul
11	Diagnost. Bereiche	7006080	Spezial-MT Augenheilkunde	2022	11_7006080	
11	Diagnostische Bereiche	7006090	Spezial-MT HNO	2022	11_7006090	
11	Diagnostische Bereiche	7006110	Spezial-MT Zahnheilkunde	2022	11_7006110	
12	Therapeutische Verfahren	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2022	13_6000000	Patenmodul
12	Therapeutische Verfahren	7002030	Infusionspumpen	2022	1_7002030	Patenmodul
12	Therapeutische Verfahren	7002040	Patientenmonitoring	2022	12_7002040	
12	Therapeutische Verfahren	7002070	Tisch/Stuhl - Unters./Interv.	2022	12_7002070	
12	Therapeutische Verfahren	7006060	Deckenversorgung/OP-Leuchten	2023	11_7006060	Patenmodul
13	Patientenaufnahme	7002030	Infusionspumpen	2021	13_7002030	

PEPP-Entgeltbereich

Module				Herkunft Datenjahr	Herkunft Modul	Bemerkung
KoStGr	KoStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung			
21	Station Regelbeh.	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2021	21_6000000	
21	Station Regelbeh.	7002030	Infusionspumpen	2022	21_7002030	
22	Station Intensivbeh.	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2019	22_6000000	
22	Station Intensivbeh.	7001010	Basis 5J	2021	22_7001010	
22	Station Intensivbeh.	7002030	Infusionspumpen	2021	22_7002030	
22	Station Intensivbeh.	7002040	Patientenmonitoring	2021	22_7002040	
23	Psychotherapie	7001010	Basis 5J	2022	23_7001010	
23	Psychotherapie	7001020	Basis 10J	2019	23_7001020	
23	Psychotherapie	7002010	Med. Stationsausst.	2018	23_7002010	
23	Psychotherapie	7002020	Patientenbetten/-liegen	2018	23_7002020	
23	Psychotherapie	7014010	Spezial-MT Psychotherapie	2021	23_7014010	
23	Psychotherapie	9020000	Software (fremd)	2017	23_9020000	
24	Physikalische Ther.	1100000	Betriebsbauten	2021	24_1100000	
24	Physikalische Ther.	7001010	Basis 5J	2023	25_7001010	Patenmodul
24	Physikalische Ther.	7001020	Basis 10J	2023	25_7001010	Patenmodul
24	Physikalische Ther.	7001040	Mobiliar	2021	24_7001040	
24	Physikalische Ther.	7002010	Med. Stationsausst.	2018	23_7002010	Patenmodul
24	Physikalische Ther.	7002020	Patientenbetten/-liegen	2021	24_7002020	
24	Physikalische Ther.	9020000	Software (fremd)	2017	23_9020000	Patenmodul
25	Ergotherapie	9020000	Software (fremd)	2017	23_9020000	Patenmodul
26	Andere Therapie	1100000	Betriebsbauten	2023	23_1100000	Patenmodul
26	Andere Therapie	7001010	Basis 5J	2022	23_7001010	Patenmodul
26	Andere Therapie	7001020	Basis 10J	2019	23_7001020	Patenmodul
26	Andere Therapie	7001040	Mobiliar	2023	23_7001040	Patenmodul
26	Andere Therapie	7001050	DV-PC/Endgeräte	2023	23_7001050	Patenmodul
26	Andere Therapie	7002010	Med. Stationsausst.	2021	26_7002010	
26	Andere Therapie	7002020	Patientenbetten/-liegen	2018	23_7002020	Patenmodul
26	Andere Therapie	7014010	Spezial-MT Psychotherapie	2022	26_7014010	
26	Andere Therapie	9020000	Software (fremd)	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		5.762	193	6,266	0,119
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.		2.865	194	3,728	0,091
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nie- rentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne in- tensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.		1.889	193	2,754	0,081
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas		1.900	167	2,779	0,091
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden		6.455	190	7,011	0,133
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden		2.148	194	3,206	0,084
A04A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	x	7.909	187		
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.		5.648	189	1,803	0,159
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. Entn. od. SZ-Boost od. m. inten- sivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.		3.452	192	1,194	0,128
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		2.976	195	1,207	0,147
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom		2.527	194	0,938	0,154
A05Z	Herztransplantation		4.217	193	4,978	0,083
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 7360 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff		17.091	198	13,621	0,208
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbe- handlung > 2940 / 5520 / 7360 Aufwandspunkte		12.670	194	9,795	0,209
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Poly- trauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte		12.761	191	8,909	0,211
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.		10.838	199	10,425	0,185
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.		9.435	201	7,594	0,188
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 inten- sivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2760 Punkte		8.035	208	6,320	0,194
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Poly- trauma, Alter > 17 Jahre, mit IntK > 392 / 184 / 368 und < 2353 / 1933 / 2761 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation oder Beatmung > 1799 Stunden		7.685	191	5,442	0,205

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, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden		7.560	188	4,997	0,210
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		7.071	215	6,954	0,167
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.		5.334	202	5,022	0,184
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		4.532	202	4,086	0,197
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		4.896	191	3,606	0,186
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		4.316	193	3,238	0,182
A09F	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur		3.917	191	2,806	0,196
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.		5.648	200	5,638	0,152
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder best. Eingriff und best. intensivmed. Komplexbeh. oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung		4.273	200	4,500	0,163
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder komplizierende Konstellation		3.438	200	4,458	0,151
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.		2.975	196	3,308	0,171
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		2.638	200	2,329	0,183
A11F	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre		2.562	197	2,337	0,169
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		2.347	188	1,855	0,187
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		2.211	195	1,612	0,177
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		3.678	203	3,608	0,155
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.		2.548	214	3,269	0,141

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. mit intensiv-med. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation		2.588	214	2,781	0,131
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		1.974	215	2,340	0,128
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		1.805	215	1,726	0,142
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		1.350	200	1,306	0,167
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 äuß. schw. CC		1.326	194	1,226	0,156
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 äuß. schw. CC		1.177	200	1,022	0,160
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		1.137	150	0,456	0,097
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		876	193	0,403	0,081
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme		680	190	0,308	0,075
A16A	Transplantation von Darm oder Pankreas	x	1.363	127		
A16B	Injektion von Pankreasgewebe	x				
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation oder schwerste CC		1.579	193	1,958	0,086
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC		1.179	191	1,592	0,087
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion		13.768	199	12,259	0,181
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		3.708	212	2,803	0,139
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		2.389	216	2,024	0,123
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen		1.897	204	1,501	0,129
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre		524	193	0,352	0,062
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre oder ohne schwerste CC		375	180	0,371	0,088

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspende ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation		204	188	0,232	0,077
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom	x	3.707	168	2,524	0,088
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		737	195	0,782	0,069
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		233	186	0,315	0,068
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		284	194	0,322	0,064
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag		124	189	0,222	0,105
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit, mehr als ein Belegungstag		965	170	0,558	0,097
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		371	170	0,324	0,089
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		173	170	0,219	0,098
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation		934	192	1,147	0,074
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation		535	186	0,840	0,070
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation		589	193	0,849	0,070
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation		386	190	0,765	0,074
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste		684	197	0,948	0,071
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre		1.908	195	3,258	0,080
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre		2.095	197	3,736	0,082
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		3.311	171	5,304	0,089
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		4.769	194	9,148	0,073
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		1.794	200	2,238	0,098
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		1.570	216	3,060	0,090
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren		909	196	1,309	0,095
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		1.050	193	1,922	0,075

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B04A	Beidseitige oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC		1.125	195	1,555	0,099
B04B	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC		548	198	0,987	0,089
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven		156	183	0,286	0,083
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose		1.385	199	2,077	0,078
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel		375	195	0,628	0,075
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	x	1.874	207	1,381	0,079
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen		865	192	1,061	0,087
B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG	x	1.784	132	3,782	0,064
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		2.650	196	5,618	0,063
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.434	191	3,076	0,064
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		757	190	1,604	0,075
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose		1.157	189	2,600	0,078
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexem Eingriff		661	194	1,312	0,071
B17C	Eingr. an periph. Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensys. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alt. < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alt. < 19 J. oder mit schw. CC od. Impl. Ereignis-Rekorder		638	195	0,857	0,085
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		367	198	0,652	0,075
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		260	191	0,492	0,079
B18A	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		1.406	199	2,215	0,076
B18B	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder Revision eines Ventrikelschuntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie		699	198	1,161	0,070
B18C	Andere Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		490	193	0,819	0,076
B18D	Mäßig komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		567	184	0,998	0,070
B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators		297	165	0,541	0,078
B19B	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems		313	147	0,630	0,081
B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen		234	165	0,428	0,076
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre oder mit bestimmter intrakranieller Blutung		1.176	193	1,895	0,101

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit kompl. Prozedur, mit kompliz. Faktoren, Alter > 15 Jahre, ohne best. intrakran. Blutung oder Alter < 1 J. mit interv. oder großem intrakran. oder best. Eingriff oder mit kompl. Diagnose od. bei bösart. Neubildung		1.323	200	2,655	0,088
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	193	1,665	0,081
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		744	197	1,315	0,090
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		564	196	0,893	0,085
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektroden-system, mit Sondenimplantation		1.790	186	3,924	0,074
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektroden-system, ohne Sondenimplantation		238	167	0,405	0,069
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder Alter < 10 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		3.462	195	2,608	0,158
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		2.464	197	2,550	0,163
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		1.589	197	1,902	0,099
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		919	200	1,233	0,103
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.		801	201	1,204	0,105
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		1.110	185	0,710	0,085
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		664	188	0,323	0,067
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	x	1.975	190	0,796	0,076
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit neurologischer Komplexbehandlung oder anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bei schwerer motorischer Funktionseinschränkung		978	191	0,594	0,079
B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder schwerer motorischer Funktionseinschränkung		606	193	0,323	0,063
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne schwere motorische Funktionseinschränkung		545	194	0,301	0,062
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		1.443	194	0,894	0,123
B46Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	x	325	101	0,228	0,059
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage		449	182	0,221	0,058

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage		336	181	0,242	0,060
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen		484	140	0,301	0,057
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	x	491	191	0,289	0,059
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag		354	187	0,442	0,070
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag		170	134	0,313	0,135
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt		1.106	186	2,038	0,113
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	x	1.491	217	1,805	0,073
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion		287	192	0,347	0,071
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation		655	166	0,502	0,083
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation		639	190	0,516	0,074
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		209	177	0,276	0,085
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		293	200	0,387	0,073
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung		429	189	0,338	0,065
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung		328	193	0,329	0,065
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		742	184	0,566	0,069
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		283	149	0,427	0,071
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose		397	189	0,652	0,071
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose		313	190	0,378	0,063
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und äußerst schweren CC		745	170	0,680	0,098
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls > 72 Stunden		550	190	0,576	0,141
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		427	191	0,570	0,133
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		311	194	0,468	0,103
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose oder bestimmter neurologischer Komplexbehandlung > 96 Stunden		743	193	0,664	0,102
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		605	195	0,625	0,108
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.		538	193	0,633	0,105

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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.		495	193	0,598	0,108
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder Alter < 16 Jahre		509	194	0,597	0,093
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse, Alter < 15 Jahre		408	193	0,510	0,082
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme		412	182	0,533	0,218
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme		335	183	0,471	0,172
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag		258	190	0,481	0,199
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		1.048	170	0,797	0,082
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		512	187	0,466	0,075
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne Komplexbehandlung der Hand oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie		503	190	0,494	0,069
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne Komplexbehandlung der Hand oder mit kompl. Diagnose, ohne schw. CC oder außer bei Para- / Tetraplegie		235	197	0,320	0,074
B72A	Infektion des Nervensystems, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Enzephalitis mit Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte		372	170	0,390	0,074
B72B	Infektion des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, ohne bestimmte Enzephalitis, ohne Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte		474	193	0,508	0,072
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag		227	190	0,316	0,076
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		1.228	191	0,700	0,079
B75Z	Fieberkrämpfe		182	187	0,268	0,100
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	x	352	188	0,329	0,073
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, mit komplexer Diagnose		642	195	0,539	0,092
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, ohne komplexe Diagnose		482	192	0,475	0,087
B76D	Anfälle, Alter < 6 Jahre oder komplizierende Diagnose oder EEG, mehr als ein Belegungstag		257	194	0,323	0,091
B76E	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose		243	210	0,342	0,093
B77Z	Kopfschmerzen		224	208	0,372	0,089

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 6 Jahre oder mit komplizierender Diagnose oder Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		391	195	0,459	0,099
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 5 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		318	189	0,399	0,094
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur		244	197	0,320	0,116
B80Z	Andere Kopfverletzungen		142	194	0,231	0,091
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung		408	191	0,526	0,081
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung		273	213	0,393	0,076
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven		189	196	0,294	0,081
B84Z	Vaskuläre Myelopathien		521	156	0,666	0,090
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 oder Alter < 6 Jahre		645	191	0,486	0,079
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		448	194	0,436	0,072
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		305	193	0,345	0,075
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose		221	194	0,306	0,079
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet		337	138	0,527	0,069
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie		569	204	1,082	0,067
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder bestimmte Biopsie		292	195	0,464	0,063
C02Z	Enukleationen und Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung		492	180	0,971	0,063
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		378	195	0,677	0,063
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		281	194	0,537	0,065
C03C	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel, ohne komplexen oder bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung		242	189	0,461	0,067
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Pars-plana-Vitrektomie oder Alter < 16 Jahre		324	187	0,496	0,059
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre		284	165	0,450	0,059
C05Z	Dakryozystorhinostomie		251	170	0,500	0,072
C06A	Komplexe Eingriffe bei Glaukom mit erhöhtem Aufwand		307	144	0,506	0,058
C06B	Komplexe Eingriffe bei Glaukom ohne erhöhten Aufwand		238	186	0,404	0,062
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder komplexem Eingriff am Auge oder bestimmten Eingriffen bei Glaukom oder Alter < 6 Jahre		219	169	0,398	0,067

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extrak-tion der Linse (ECCE), ohne komplexen Eingriff am Auge, ohne bestimmte Eingriffe bei Glaukom, Alter > 5 Jahre		190	170	0,320	0,066
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Extrak-tion der Linse (ECCE) oder extrakap-suläre Extrak-tion der Linse oder bestimmte andere Eingriffe am Auge bei komplexer Diagnose oder Alter < 10 Jahre		234	148	0,406	0,063
C08B	Extrakapsuläre Extrak-tion der Linse (ECCE) ohne komplexe Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Auge, Alter > 9 Jahre		184	189	0,356	0,077
C10A	Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand		244	146	0,522	0,084
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, mit komplexem Eingriff oder Alter < 6 Jahre		217	145	0,462	0,090
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, ohne komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre		197	147	0,410	0,087
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider		284	188	0,526	0,063
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen		222	152	0,400	0,068
C14Z	Andere Eingriffe am Auge		187	195	0,338	0,071
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina		258	188	0,496	0,067
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre		255	152	0,487	0,075
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder mit bestimmter Transplantation am Auge oder bei bösartiger Neubildung am Auge		236	174	0,444	0,069
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Transplantation am Auge außer bei bösartiger Neubildung am Auge		215	194	0,406	0,070
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen		228	190	0,219	0,059
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges		347	209	0,589	0,079
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen		162	193	0,250	0,072
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges oder Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus		232	193	0,365	0,072
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides		158	187	0,289	0,075
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges		205	191	0,294	0,078
D01A	Kochleaimplantation, bilateral	x	718	166	1,567	0,070
D01B	Kochleaimplantation, unilateral		505	171	1,028	0,071
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC		2.074	197	3,868	0,079
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC		1.599	194	2,920	0,077
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		529	188	1,049	0,069
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		446	151	0,898	0,063
D04A	Signatthe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruk-tion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, mit komplexem Eingriff		700	172	1,448	0,073

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
D04B	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovasculärem Lappen, ohne komplexen Eingriff		614	168	1,144	0,074
D05A	Komplexe Parotidektomie		582	202	1,251	0,066
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien		400	193	0,831	0,067
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 intrakraniellm Eingriff bei bösartiger Neubildung		546	175	1,009	0,069
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		403	211	0,769	0,070
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmter Prozedur		376	196	0,784	0,070
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC		667	172	0,912	0,070
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		295	192	0,523	0,072
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC		810	197	1,160	0,075
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit komplexer Diagnose		598	197	1,152	0,070
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne komplexe Diagnose		329	198	0,616	0,070
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		329	196	0,637	0,073
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		222	198	0,423	0,078
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder mit radikaler zervikaler Lymphadenektomie oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese		1.337	193	2,121	0,076
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC, ohne radikale zervikale Lymphadenektomie		835	194	1,149	0,072
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht		254	187	0,531	0,080
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		3.560	198	7,759	0,062
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.277	192	2,852	0,064
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		733	195	1,665	0,072
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund, mit Mundboden- oder Vestibulumplastik, mit Eingriffen an Gaumen- und Rachenmandeln bei bösartiger Neubildung oder komplexe Eingriffe am Kopf		355	194	0,568	0,062
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund oder Eingriffe an Hals und Kopf, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik, ohne Eingriffe an Gaumen- und Rachenmandeln bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Eingriffe am Kopf		239	199	0,444	0,075
D23Z	Implantation eines aktiven mechanischen Hörimplantates	x	447	148	0,927	0,071
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC		1.727	194	2,892	0,076
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff		842	193	1,608	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		4.495	197	8,677	0,071

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		1.570	196	2,502	0,077
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		662	198	1,256	0,070
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		431	195	0,826	0,067
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsephithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla		426	194	0,845	0,069
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung		352	191	0,647	0,069
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB od. versch. Eingriffe Ohr, Nase, Mund, Hals oh. äuß. schw. CC, m. aufw. Eingr. od. Eingr. Mundh., Mund, Alter < 3 J. od. m. kompl. Diag. od. Alter < 16 J. m. äuß. schw. od. schw. CC od. m. Eingr. Ohr, Trachea m. äuß. schw. CC		343	209	0,676	0,074
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		252	199	0,448	0,067
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 11 Jahre		177	192	0,296	0,072
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses		1.875	174	3,459	0,070
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung		422	172	0,854	0,068
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen		520	191	1,050	0,070
D37A	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre oder bei Gaumenspalte oder Spaltnase oder plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation		645	149	1,424	0,065
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation		436	169	0,951	0,067
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtsschädelknochen		315	192	0,645	0,072
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase		216	191	0,393	0,078
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung		212	185	0,406	0,082
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC		521	193	0,485	0,065
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		287	212	0,531	0,073
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus		245	196	0,380	0,082
D63A	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen mit äußerst schweren CC		345	191	0,342	0,072
D63B	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen ohne äußerst schwere CC		166	210	0,220	0,071
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis		116	169	0,173	0,082
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase		205	198	0,327	0,077
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle		186	211	0,290	0,075
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose		2.042	198	3,012	0,077

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose		1.196	197	1,886	0,080
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre		808	199	0,960	0,076
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		663	197	0,859	0,071
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.		432	195	0,666	0,073
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		407	213	0,667	0,071
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		247	192	0,513	0,110
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag		519	138	0,914	0,155
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder äußerst schweren CC		1.359	199	1,888	0,080
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder Perikarddrainage mit äußerst schweren CC		926	199	1,627	0,083
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Revisionseingriffe ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre		770	198	1,224	0,083
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 oder Exzision intrakranielles Tumorgewebe		1.091	202	1,483	0,081
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. Brustkorbb.-kor. od. best. chirurg. Stab. d. Thoraxw.		782	193	1,272	0,080
E06C	Andere Lungenresektionen, best. Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem od. Mediastinum, Alter > 15 J., ohne offen chirurgische Pleurolyse mit Eingr. an Lunge/Pleura, mit komplexem Eingriff an Atmungsorganen, Mediastinum und Brustkorb		604	193	0,924	0,078
E06D	Andere Lungenresektionen, best. Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem od. Mediastinum, Alter > 15 J., ohne offen chirurgische Pleurolyse mit Eingr. an Lunge/Pleura, mit bestimmtem Eingriff an Atmungsorganen, Mediastinum und Brustkorb		501	195	0,751	0,074
E07Z	Aufwendige Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom		338	166	0,628	0,061
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden		2.744	194	5,351	0,070
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		3.237	199	6,788	0,064
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		1.643	197	3,512	0,065
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		879	199	1,743	0,068
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwands- punkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane		1.956	200	1,429	0,153
E37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlich- keitsstufe bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	x	1.669	131		

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		1.140	198	0,955	0,118
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 bestimmter Para- / Tetraplegie		999	193	0,887	0,098
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 h, mehr als 2 BT, mit kompl. Prozedur, IntK > - / 184 / - und < 197 / 369 / - Punkte bei akuter Exazerb. best. interstit. LungenKh, ohne äußerst schwere CC, außer bei best. Para- / Tetraplegie		730	199	0,671	0,121
E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	x	1.064	155	0,495	0,068
E42A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane bei traumatischem Hämato-/Pneumothorax oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, COVID-19, Virus nachgewiesen		828	186	0,374	0,066
E42B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, außer bei traumatischem Hämato-/Pneumothorax		634	192	0,333	0,064
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmte Lungenembolie oder komplexe respiratorische Insuffizienz, Alter < 16 Jahre		310	186	0,301	0,067
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		301	188	0,312	0,065
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		185	190	0,299	0,117
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik		149	192	0,264	0,081
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bestimmte Lungenembolie oder IntK > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, Alter > 15 Jahre		438	192	0,457	0,087
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit IntK > 0 / 0 / - Aufwandspunkten, ohne IntK > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkten, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		293	136	0,289	0,097
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, IntK < - / - / 185 Aufwandspunkten, Alter > 15 Jahre		326	192	0,385	0,076
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag		158	188	0,264	0,151
E65A	Chron.-obstr. Atemwegserkrankung od. best. Atemwegsinfekt. mit äuß. schw. CC od. best. hochaufw. Beh. od. kompliz. Fakt. od. Bronchitis u. Asthma bronch., > 1 BT, mit äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-V.-Infekt., mit IntK > 196 / 184 / - P.		663	194	0,439	0,072
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 best. mäßig aufwendiger /and. aufwendiger Behandlung		369	193	0,370	0,072
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 / andere aufwendige Behandlung		288	209	0,323	0,073
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose		294	193	0,337	0,079
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose		219	200	0,283	0,078
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		358	167	0,291	0,088
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äuß. schw. od. schw. CC, Alter > 0 J. od. 1 BT od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alter < 16 J. od. andere mäßig aufw. Beh., mit RS-Virus-Infekt.		270	194	0,295	0,070

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äuß. 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		174	208	0,250	0,076
E70Z	Keuchhusten und akute Bronchiolitis		168	187	0,186	0,066
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkten oder mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC		609	195	0,535	0,068
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Ösophagusprothese oder endoskopischer Stufenbiopsie oder endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt mit Chemotherapie ohne int. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Punkten		445	197	0,719	0,068
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		319	196	0,527	0,073
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		259	199	0,340	0,068
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC		610	182	0,458	0,069
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC		269	192	0,337	0,072
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung		313	196	0,425	0,072
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre		410	167	0,339	0,091
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder best. andere Krankheiten der Atmungsorgane oder intensivmed. Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten od. Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern		432	189	0,429	0,078
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. andere Krankheiten der Atmungsorgane, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., ohne Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose		249	196	0,323	0,074
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	x	1.006	210	0,558	0,060
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC		382	181	0,405	0,078
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax		329	193	0,362	0,079
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.124	188	0,595	0,119
E77B	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte		874	193	0,493	0,075
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder schwersten CC oder weiteren komplizierenden Faktoren		690	195	0,510	0,085
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre		499	193	0,428	0,071
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre		129	186	0,208	0,113
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		476	196	0,387	0,070
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		441	193	0,373	0,070

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		298	198	0,298	0,070
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stim. od. Defibrillator mit subk. Elektrode od. intrak. Pulsger. mit kompliz. Fakt. od. myokardstim. Sys. od. aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Fakt. od. Zweikammer-Stim. mit kompliz. Fakt.		947	194	1,295	0,088
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren		847	186	1,141	0,087
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie		457	193	0,765	0,083
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		870	193	1,109	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		462	192	0,753	0,083
F01F	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne äuß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmo-nalart., ohne Impl. Pulsger., Alter > 17 J.		380	188	0,647	0,086
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation		253	192	0,447	0,081
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation		260	185	0,465	0,087
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation		2.016	196	3,256	0,097
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		1.621	194	2,583	0,095
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		1.436	196	2,296	0,087
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		1.194	199	2,029	0,080
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. Gefäßpr.		986	192	1,640	0,082
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie		1.439	189	2,602	0,085
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		2.862	194	4,233	0,111
F06B	Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.894	193	2,950	0,083
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff		1.646	192	2,466	0,101
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		1.302	198	2,194	0,086

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		1.031	195	1,798	0,084
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		1.580	194	2,704	0,097
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.		1.315	191	2,207	0,085
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.		1.043	194	1,769	0,083
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation oder komplexe Vakuumbehandlung oder komplexer Aorteneingriff		2.761	196	4,115	0,078
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		1.903	198	2,972	0,077
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		1.496	197	2,290	0,075
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		1.132	197	1,939	0,075
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		903	198	1,558	0,074
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, mit bestimmtem Eingriff		801	194	1,393	0,071
F08G	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, ohne bestimmten Eingriff		718	191	1,334	0,072
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof		880	193	1,407	0,094
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		959	190	1,528	0,089
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		619	193	0,960	0,098
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		864	192	1,183	0,078
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ. Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren		446	188	0,796	0,081
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre		664	192	0,978	0,085
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		740	194	0,909	0,082

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem oder Implantation eines Ereignisrekorders, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen		530	190	0,815	0,075
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. 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.		405	200	0,639	0,084
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen		1.807	193	1,913	0,069
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe		928	190	0,866	0,070
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität oder komplexe Amputation an unterer Extremität oder Revisionseingriff ohne äußerst schwere CC		633	189	0,784	0,064
F13D	Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität ohne komplexe Amputationen, ohne äußerst schwere CC		396	186	0,424	0,063
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC		1.620	197	2,319	0,075
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC		877	196	1,471	0,072
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		981	193	1,082	0,088
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem oder Alter < 16 Jahre		252	178	0,457	0,089
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammer- oder Zweikammersystem, Alter > 15 Jahre		229	190	0,420	0,086
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		749	190	1,004	0,080
F18B	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit äuß. schw. CC, oh. kompl. Eingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. äuß. schw. CC mit kompl. Eingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe		603	186	0,829	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 intraluminale expandierende Extraktionshilfe		401	186	0,686	0,088
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff		279	187	0,480	0,081
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC		768	193	0,960	0,090
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Ablation über A. renalis oder komplexe Rekanalisation von Koronargefäßen		392	195	0,723	0,085
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation		1.782	197	2,317	0,074
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bestimmter komplizierender Konstellation		1.211	190	1,474	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		715	197	0,679	0,065
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		540	195	0,576	0,064
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		367	195	0,350	0,064

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC		886	192	1,081	0,090
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		509	195	0,831	0,090
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit äußerst schweren CC oder Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Hauteingriff oder Ringfixateur		933	194	0,993	0,067
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schweren CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne Ringfixateur, mit mäßig komplexem Eingriff		657	193	0,731	0,063
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		423	192	0,417	0,064
F28A	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation mit äußerst schweren oder schweren CC		1.439	197	1,892	0,069
F28B	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität ohne zusätzlichen Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC		838	183	0,780	0,065
F28C	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität, ohne zusätzlichen Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC		655	187	0,669	0,064
F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe	x	1.957	183		
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern		1.381	187	2,024	0,109
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff		3.843	200	3,883	0,144
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsyst. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkkl.		2.743	201	3,110	0,137
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		2.231	201	2,593	0,128
F37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x	4.198	165		
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC		253	182	0,483	0,072
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC		218	185	0,462	0,089
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC		981	184	1,152	0,089
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC		441	191	0,743	0,094
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		1.185	192	1,905	0,084
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		1.594	196	1,068	0,128
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		1.261	202	1,552	0,106

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		763	195	0,791	0,118
F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x	952	182	0,432	0,066
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems		626	196	0,332	0,063
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		1.136	189	1,144	0,095
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre		979	188	0,965	0,085
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre		344	183	0,647	0,114
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		716	193	0,898	0,075
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		465	189	0,741	0,074
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. Eingr.		410	193	0,703	0,075
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. Eingr.		333	197	0,656	0,079
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		338	195	0,681	0,085
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		314	191	0,632	0,086
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		308	189	0,619	0,083
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination		904	193	1,644	0,084
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination		698	195	1,306	0,083
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC		993	197	1,107	0,084
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmter Intervention		468	201	0,766	0,092
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC		738	195	0,985	0,088
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie		333	196	0,659	0,083
F58A	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC		698	194	0,925	0,086
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC		314	195	0,633	0,085
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC		1.181	201	1,583	0,075

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC		469	192	0,894	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		619	200	1,128	0,075
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		437	197	0,792	0,071
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		365	197	0,702	0,074
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		301	192	0,627	0,084
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC		591	186	0,513	0,083
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC		272	189	0,309	0,084
F61A	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation		1.176	194	0,800	0,072
F61B	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		912	197	0,616	0,069
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		954	187	0,626	0,086
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.		719	195	0,522	0,080
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.		341	199	0,316	0,070
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ein Belegungstag		150	188	0,256	0,141
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC		584	181	0,528	0,064
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC		225	194	0,300	0,071
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen		279	190	0,239	0,062
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte		708	185	0,572	0,081
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte		276	199	0,373	0,070
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC		519	160	0,323	0,066
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC		209	189	0,286	0,085
F67A	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger / mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung		414	191	0,450	0,074
F67B	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, bei primärer Überfunktion von Nebenschilddrüse oder Nebenniere oder Alter < 18 Jahre		188	158	0,249	0,075

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, ohne primäre Überfunktion von Nebenschilddrüse oder Nebenniere, Alter > 17 Jahre		194	207	0,265	0,076
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC		267	187	0,265	0,112
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		190	186	0,294	0,090
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC		582	189	0,479	0,069
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC		246	193	0,287	0,071
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC		634	188	0,557	0,087
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC		254	194	0,303	0,098
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		533	189	0,455	0,076
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung		194	209	0,270	0,083
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC		487	154	0,544	0,077
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC		201	194	0,302	0,083
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag		113	134	0,190	0,108
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag		210	211	0,286	0,077
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems		163	204	0,259	0,089
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		746	195	0,672	0,073
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC		276	185	0,311	0,083
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		357	198	0,499	0,075
F77A	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, COVID-19, Virus nachgewiesen		941	193	0,503	0,066
F77B	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems		902	191	0,602	0,067
F95A	Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss		391	191	0,711	0,083
F95B	Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss		289	186	0,615	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		954	194	1,293	0,082
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		750	201	1,188	0,084

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		633	198	0,902	0,083
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens		1.903	172	3,335	0,076
G02A	Bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder sehr komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, Alter < 10 Jahre oder best. Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit kompliz. Diagnose, mit bestimmten kompliz. Faktoren		1.359	197	1,981	0,077
G02B	Bestimmte komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne bestimmte komplizierende Faktoren		1.024	195	1,615	0,076
G02C	Andere komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre		916	188	1,411	0,077
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspt.		1.997	196	3,572	0,079
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 / - Aufwandspt., mit komplexem Eingriff		1.583	191	2,721	0,078
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 / - Aufwandspt., ohne komplexen Eingriff		1.339	198	2,262	0,080
G04Z	Adhäsioleue am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit auß. schw. od. schw. CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder best. Eingriffe an abd. Gefäßen mit auß. schw. CC oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems od. best. Gastrektomie		1.314	199	1,786	0,077
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioleue bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingr. an Dünn- / Dickdarm od. an abdom. Gefäßen, oh. auß. schw. CC od. best. Anorektoplastik, Alter < 10 Jahre od. mit best. Eingr. an abdominalen Gefäßen		647	195	1,047	0,076
G07B	Appendekt. od. laparoskop. Adhäsioleue bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingr. an Dünn-/Dickdarm, oh. auß. schw. CC od. best. Anorektopl., Alt. > 9 J. u. Alt. < 16 J. od. mit laparoskop. Adhäsioleue od. Rektopexie od. best. Magenexz.		745	189	1,337	0,072
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Anorektoplastik, Alter > 15 Jahre, ohne laparoskopische Adhäsioleue, ohne Rektopexie		489	194	0,785	0,066
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC		1.168	184	1,596	0,074
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC		388	193	0,745	0,067
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm		359	192	0,715	0,083
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz		1.033	196	1,706	0,078
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 6 Jahre		320	144	0,479	0,073
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 5 Jahre		202	164	0,338	0,068
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur oder mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		997	191	1,538	0,073
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		705	196	0,894	0,070
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit wenig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag		564	194	0,727	0,067

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		449	197	0,623	0,068
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		332	192	0,586	0,078
G13A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulations-elektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		156	161	0,289	0,081
G13B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulations-elektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane mit Im-plantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		203	161	0,395	0,083
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.404	195	1,462	0,072
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff		3.047	195	5,904	0,067
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		2.315	190	3,525	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		1.380	195	2,389	0,075
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre		1.248	195	2,369	0,075
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre		921	191	1,658	0,072
G18A	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm oder an abdominalen Gefä-ßen mit bestimmtem hochkomplexem Eingriff oder Diagnose oder mit en-dorektaler Vakuumtherapie		1.465	196	2,248	0,074
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm oder an abdominalen Gefä-ßen mit bestimmter sehr komplexer Prozedur oder Diagnose		972	200	1,591	0,076
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff		837	198	1,428	0,071
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff		602	192	0,955	0,075
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		1.066	191	1,647	0,079
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei ange-borener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff		774	193	1,280	0,078
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei ange-borener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff		595	196	1,155	0,073
G21A	Komplexe Adhäsilyse 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		622	196	0,975	0,074
G21B	Andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte Eingriffe am Pharynx oder Verschluss Darmfistel ohne äußerst schwere CC, ohne auf-wendigen Eingriff am Darm, Alter > 15 Jahre		347	191	0,592	0,067
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 6 Jahre oder bei bösartiger Neubildung		529	187	0,845	0,069

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsio-lyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, mit laparoskopischer Adhäsio-lyse oder sekundärer Ap- pendektomie oder Alter < 16 Jahre		516	202	0,835	0,071
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsio-lyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, ohne laparoskopische Adhäsio-lyse, ohne sekundäre Ap- pendektomie		399	187	0,680	0,069
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsio-lyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung oder Endo- metriose am Darm		344	171	0,638	0,070
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsio-lyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung oder Endo- metriose am Darm		304	201	0,572	0,073
G24A	Eingriffe bei Hernien mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand oder bestimmte partielle Resektion des Dickdarmes		471	185	0,925	0,067
G24B	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC		321	193	0,588	0,076
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		302	197	0,540	0,082
G26A	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit kleinem Eingriff am Rektum		230	190	0,362	0,072
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne kleinen Eingriff am Rektum		203	203	0,303	0,079
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC		4.245	193	8,371	0,064
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC		3.075	197	6,672	0,062
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.282	194	2,893	0,064
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		721	196	1,476	0,083
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		2.354	192	3,729	0,075
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Ver- dauungsorgane		3.394	192	4,319	0,076
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		4.367	197	4,947	0,135
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, ohne aufwendigen Eingriff		3.502	191	3,683	0,132
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwands- punkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Stö- rungen der Verdauungsorgane		2.399	199	2,584	0,123
G37Z	Multiviszeraler Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsor- gane		1.559	194	2,733	0,076
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem		2.090	197	3,185	0,080
G40A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.396	193	1,201	0,074
G40B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		963	190	1,004	0,079

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		857	190	0,905	0,075
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastrosko- pie 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. Fakto- ren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.		666	195	0,763	0,072
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsor- gane und äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, mit anderem aufwendigen Eingriff		415	192	0,661	0,065
G46D	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsor- gane und äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne anderen aufwendigen Eingriff		393	195	0,633	0,070
G47A	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, mit be- stimmter endoskopischer Maßnahme am Dickdarm, ein Belegungstag		214	180	0,469	0,096
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne be- stimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Be- legungstag		351	199	0,588	0,069
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstil- lung, mit schwerer Darminfektion oder bei bösartiger Neubildung oder be- stimmter Darminfektion mit äußerst schweren CC		716	191	0,692	0,069
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 od. best. Darminfektion od. ohne äußerst schwere CC		500	194	0,689	0,072
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		627	195	0,723	0,073
G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	x	934	180	0,588	0,062
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		673	192	0,413	0,063
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder bestimmte hochaufwendige Behandlung		509	194	0,455	0,067
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung		229	197	0,329	0,067
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC		765	187	0,640	0,073
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre oder ohne schwere CC		269	206	0,380	0,066
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC		269	185	0,358	0,074
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren		319	195	0,469	0,070
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC		264	210	0,401	0,069
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC		208	209	0,335	0,073
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose		287	188	0,348	0,071
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose		318	194	0,444	0,069
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane		242	196	0,450	0,073

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre		163	165	0,300	0,094
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		167	207	0,288	0,081
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		375	190	0,565	0,072
G74Z	Hämorrhoiden oder andere wenig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane		207	189	0,358	0,073
G77A	Bestimmte Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		699	191	0,462	0,064
G77B	Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		485	190	0,394	0,064
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.		1.810	195	2,834	0,078
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.		1.445	196	2,405	0,077
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose		1.344	188	2,115	0,076
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte biliodigestive Anastomose		1.256	187	1,914	0,075
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen		833	194	1,249	0,075
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren		1.143	198	1,751	0,075
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation		631	194	0,604	0,072
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation		390	199	0,546	0,068
H07A	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		926	194	1,485	0,077
H07B	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		654	195	1,035	0,074
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		709	193	1,193	0,071
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter < 12 Jahre oder mit endoskopischer Steinentfernung oder mit bestimmter Diagnose		617	194	1,069	0,065
H08C	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter > 11 Jahre		354	207	0,681	0,070
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		1.799	193	2,653	0,075
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		845	196	1,486	0,076
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC		1.530	194	1,633	0,073
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff		1.055	188	1,408	0,070

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
H12C	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff		572	196	0,804	0,069
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		2.737	168	5,954	0,062
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.504	185	3,313	0,063
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		565	188	1,098	0,109
H29Z	Bestimmte selektive Embolisation oder SIRT		590	191	1,157	0,111
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		2.518	197	3,829	0,077
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwands- punkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		2.991	191	2,564	0,129
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliä- rem System und Pankreas		2.082	191	1,861	0,116
H37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlich- keitsstufe bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	x				
H38A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Ein- griff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pan- kreas		3.027	193	4,223	0,092
H38B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		2.189	192	3,283	0,079
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC		753	188	0,848	0,089
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC		480	190	0,673	0,082
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zu- gang durch retrograde Endoskopie		1.293	195	1,454	0,072
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, ohne Zugang durch retrograde Endo- skopie		749	197	0,941	0,066
H41C	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexem Eingriff oder Alter < 16 J. oder andere ERCP mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation oder andere aufwendige ERCP oder bestimmter endo- skopischer Eingriff mit bestimmter BNB		506	194	0,702	0,067
H41D	Andere aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff ohne bestimmte BNB		398	193	0,625	0,067
H41E	Andere ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre, mit bestimmter BNB oder bestimmter Pankreatitis		374	192	0,604	0,067
H41F	Andere ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte BNB oder bestimmte Pankreatitis		335	194	0,552	0,070
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		653	185	0,397	0,062
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC oder komplizierende Konstellation bei bestimmten Krank- heiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		683	190	0,603	0,077
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC		508	192	0,453	0,066
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, Alter < 18 Jahre oder mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit Pfortaderthrombose		316	170	0,406	0,070
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, Alter > 17 Jahre		242	197	0,341	0,068

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre oder Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 10 Jahre		221	166	0,296	0,073
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis mit Organkomplikation oder Leberzirrhose oder bestimmter nicht-infektiöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre		334	196	0,435	0,070
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis mit Organkomplikation, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis, Alter > 15 Jahre		273	204	0,343	0,070
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.		538	192	0,535	0,076
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.		394	191	0,470	0,069
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		235	196	0,324	0,070
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen		224	204	0,317	0,070
H77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		763	189	0,629	0,067
H78Z	Bestimmte komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		1.553	194	1,610	0,075
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose		1.495	193	1,593	0,069
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		4.064	192	5,333	0,071
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation m. kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilsch., m. auß. schw. CC od. kompl. OR-Proz. od. mit hochkompl. Gewebe-Tx od. Vakuumbeh. od. BNB u. kompl. OR-Proz. od. kompl. Gewebe-Tx m. auß. schw. CC		2.879	195	3,689	0,070
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		2.008	196	2,330	0,070
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit äußerst schweren CC		1.511	193	1,494	0,074
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesse 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.		1.956	196	2,065	0,073
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesse 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.		932	192	1,194	0,070
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie		898	193	1,159	0,072
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC		1.148	196	1,160	0,075
I05B	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese		497	197	0,780	0,071
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk, ohne Implantation einer Sprunggelenkendoprothese		444	189	0,736	0,071

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrektur-eingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff oder mit Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC		2.608	196	4,458	0,076
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		1.517	198	2,901	0,079
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		1.111	174	1,909	0,072
I07A	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		762	173	0,846	0,068
I07B	Bestimmte Amputation am Fuß		622	183	0,730	0,064
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit hochkomplexem Eingriff bei Beckenfraktur, mit bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren CC oder mit weiteren komplizierenden Faktoren		1.589	195	1,873	0,077
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit sehr komplexem Eingriff oder äußerst schweren CC oder bei komplexer Diagnose oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren		1.356	195	1,498	0,073
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Einbringen von Abstandshaltern od. and. komplexen Eingriffen od. äuß. schw. CC od. bei kompl. Diagnose od. Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität od. Wirbelsäule ohne best. kompliz. Faktoren		1.001	198	1,275	0,073
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schweren CC		803	200	1,094	0,074
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	209	1,013	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		500	198	0,662	0,072
I08G	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexem Eingriff		385	192	0,632	0,072
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		294	172	0,578	0,080
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		255	151	0,487	0,084
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder bestimmter Spondylodese ab 10 Segmenten oder aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Punkten		1.942	198	2,732	0,076
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten expandierbaren Implantaten oder bestimmter langstreckigen Spondylodese oder mehrzeitigen komplexen Eingriffen		1.698	197	2,783	0,072
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		1.518	196	2,446	0,076
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		1.520	195	2,218	0,074
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		1.064	200	1,770	0,073
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		859	198	1,417	0,071

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		802	192	1,496	0,072
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		506	194	0,823	0,070
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren		406	196	0,546	0,069
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC		1.392	201	1,917	0,074
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	198	1,276	0,070
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule		546	194	1,007	0,070
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder mit äußerst schweren oder schweren CC ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule		458	198	0,830	0,069
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 ohne äußerst schwere oder schwere CC		401	206	0,699	0,067
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		369	194	0,640	0,068
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		278	175	0,407	0,070
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff		196	182	0,373	0,087
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität		523	145	0,934	0,067
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC		1.341	195	1,406	0,075
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		798	194	0,923	0,069
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		501	193	0,650	0,066
I13A	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit komplexem Mehrfacheingriff, mit komplizierendem Eingriff an der unteren Extremität oder aufwendiger Osteosynthese		875	195	1,256	0,067
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 auß. schw. od. schw. CC		767	193	1,189	0,068
I13C	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingr. od. kompliz. Diag. od. bei Endopr. der oberen Extremität od. m. Fix. ext., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch., m. best. kompl. Osteot. od. BNB od. Alter < 18 J. m. auß. schw. od. schw. CC		614	213	1,016	0,070
I13D	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem anderen Mehrfacheingriff oder komplizierender Diagnose oder bei endoprothetischem Eingriff an der oberen Extremität od. mit Fixateur externe oder mit and. kompl. Eingr. od. bei sek. BNB Knochen/-mark		536	207	0,904	0,070
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 auß. schw. od. schw. CC		427	211	0,728	0,072

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I13F	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem anderen Eingriff an den Extremitäten oder bei bösartiger Neubildung oder kleiner Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC		358	187	0,632	0,072
I13G	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten ohne bestimmten anderen Eingriff an den Extremitäten, außer bei bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		313	205	0,562	0,075
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes		413	167	0,478	0,063
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre		824	194	1,546	0,095
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre		647	173	1,228	0,076
I16A	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität mit bestimmtem Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen		261	185	0,533	0,087
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		270	164	0,531	0,082
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		245	185	0,495	0,087
I17A	Aufwendige Operationen am Gesichtsschädel oder Alter < 16 Jahre		584	188	1,099	0,069
I17B	Operationen am Gesichtsschädel ohne aufwendige Operationen, Alter > 15 Jahre		364	171	0,668	0,067
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk		270	190	0,496	0,075
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk		254	184	0,481	0,078
I19A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		247	161	0,434	0,072
I19B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		290	143	0,552	0,072
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodesen		684	165	1,124	0,067
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen od. hochkompl. Eingriff od. Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks od. bei Zerebralparese od. mit kompl. Eingriff und kompl. Diagnose od. mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes, Alter < 12 Jahre		509	168	0,841	0,067
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren oder Alter > 11 Jahre		416	187	0,660	0,070
I20D	Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochen- oder Kalkaneusfraktur		332	168	0,641	0,078
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritis oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre		290	188	0,517	0,080
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre		238	186	0,427	0,082
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		272	209	0,533	0,083
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		1.375	197	1,761	0,067

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		1.067	198	1,153	0,067
I23A	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eingriffen am Knochen oder Revision mit Osteosynthese an der oberen Extremität oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC		311	189	0,585	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		250	193	0,498	0,084
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		202	198	0,373	0,082
I24A	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe oder Alter < 18 Jahre		204	186	0,365	0,086
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 17 Jahre		212	184	0,424	0,088
I26A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 785 / 829 / - Aufwands- punkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		3.064	199	2,930	0,125
I26B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwands- punkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe oder bestimmte hochaufwendige Implantate		2.365	201	2,316	0,113
I27A	Eingriffe am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebe-Tx m. best. Diagn. u. best. Eingr. od. m. äuß. 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		1.240	196	2,084	0,077
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		1.000	198	1,258	0,073
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		504	200	0,731	0,069
I27D	Bestimmte andere Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag		331	198	0,593	0,072
I27E	Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag		252	193	0,446	0,075
I28A	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit bestimmter offen chirurgischer Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmtem Eingriff am Zwerchfell oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung		627	176	1,082	0,079
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		548	194	0,895	0,069
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		502	195	0,632	0,068
I28D	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit mäßig komplexem Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre		424	192	0,567	0,067
I28E	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, ohne bestimmte, mäßig komplexe und komplexe Eingriffe, Alter > 9 Jahre oder ein Belegungstag		298	190	0,477	0,072
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen		406	185	0,797	0,078
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		314	188	0,640	0,083
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter		286	163	0,582	0,082

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		443	186	0,818	0,071
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		334	188	0,691	0,078
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		272	164	0,533	0,079
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm		624	186	1,084	0,070
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, ohne bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm		447	190	0,824	0,072
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		360	188	0,686	0,077
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. gefäß-gestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand		609	186	0,942	0,065
I32B	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand oder Pseudarthrose, Alter < 6 Jahre oder bei schweren Weichteilschäden oder mit komplexen Eingriffen bei angeborener Fehlbildung der Hand, Alter < 16 Jahre		358	147	0,728	0,074
I32C	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand oder Pseudarthrose, Alter > 5 Jahre oder mit hochkomplexem Eingriff bei angeb. Fehlbildung der Hand, Alter < 16 Jahre oder mit best. Eingr. od. kompl. Diagnose		488	169	0,897	0,070
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		331	185	0,667	0,079
I32E	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 6 Jahre		289	189	0,527	0,073
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder ohne bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag		221	186	0,449	0,090
I33Z	Rekonstruktion von Extremitätenfehlbildungen		363	126	0,653	0,071
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		911	200	0,783	0,068
I36Z	Beidseitige oder kombinierte Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft-, Kniegelenk und/oder an der oberen Extremität		608	172	1,025	0,067
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		2.789	197	6,053	0,062
I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	x	847	167	0,417	0,064
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		577	194	0,295	0,062
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mindestens 14 Tage		428	168	0,213	0,058
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage		325	187	0,217	0,060
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		1.760	189	1,958	0,072

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC		634	191	1,031	0,071
I44A	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit äußerst schweren CC oder Implantation bestimmter schaftverankerten Prothese am Knie oder Korrektur einer Brustkorbdeformität		623	192	0,952	0,070
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		621	183	0,857	0,069
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Impl. e. patientenindiv. angefertigten Endoprothese am Knie, ohne Einbringen od. Wechsel von Abstandshaltern		602	196	1,087	0,070
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk		423	187	0,708	0,069
I44E	Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk		393	189	0,568	0,069
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment		418	146	0,810	0,076
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente		375	167	0,697	0,076
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen		1.285	192	1,510	0,073
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, mit periprothetischer Fraktur		997	190	1,246	0,076
I46C	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne periprothetische Fraktur		710	191	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		696	190	1,000	0,072
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, mit kompl. Diagnose an Becken/Oberschenkel, mit best. endoproth. oder gelenkplast. Eingr. od. m. Impl. od. Wechsel Radiuskopfproth. od. m. kompl. Erstimpl. od. m. Entf. Osteosynthesemat.		554	199	0,740	0,073
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.		452	199	0,709	0,071
I50A	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bestimmter Vakuumbehandlung mit kontinuierlicher Sogbehandlung ab 8 Tagen		765	195	0,947	0,063
I50B	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, mit bestimmter Vakuumbehandlung oder Alter < 16 Jahre		472	183	0,589	0,064
I50C	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Vakuumbehandlung, Alter > 15 Jahre		279	163	0,428	0,068
I54A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder Alter < 18 Jahre		1.385	192	2,983	0,064
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre		883	193	1,827	0,068
I59Z	Andere Eingriffe an den Extremitäten oder am Gesichtsschädel		226	192	0,432	0,088
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre		291	180	0,324	0,065
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC oder Tuberkulose der Knochen und Gelenke		543	186	0,443	0,067
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC		317	192	0,356	0,065

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC		384	176	0,389	0,068
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		245	195	0,294	0,069
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC		251	199	0,325	0,067
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte		856	188	0,606	0,078
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder anderen komplizierenden Konstellationen		762	190	0,618	0,070
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		569	188	0,400	0,070
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		285	185	0,260	0,065
I66E	Amyloidose, bestimmte Vaskulitiden oder adulte Form des Morbus Still, Alter > 15 Jahre		362	195	0,481	0,068
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals oder bestimmte Systemkrankheiten des Bindegewebes		294	197	0,294	0,067
I66G	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne bestimmte Erkrankungen, ohne äußerst schwere CC, ohne intensiv-med. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp. od. multisystemisches Entzündungssyndrom bei COVID-19 od. Alter < 6 J., 1 BT		258	209	0,288	0,065
I66H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag		116	193	0,206	0,099
I68A	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als 1 BT, mit äußerst schw. oder schw. CC od. intensiv-med. Komplexbeh. > 196 / 184 / - P. od. bei Para- / Tetraplegie, bei Diszitis od. infektiöser Spondylopathie		998	191	0,743	0,072
I68B	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als 1 BT, mit äuß. schw. oder schw. CC od. bei Para- / Tetraplegie, mit kompl. Diagn. oder ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne Para- / Tetraplegie bei Diszitis		560	191	0,480	0,068
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 BT od. and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie od. mit äuß. schw. CC od. schw. CC od. Alter > 65 J., oh. kompl. Diagn. od. Kreuzbeinfraktur od. best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.		352	192	0,338	0,068
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		289	194	0,341	0,070
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		235	211	0,282	0,068
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel		133	206	0,248	0,103
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie mit bestimmter Arthropathie oder Muskel- / Sehnenerkrankung bei Para- / Tetraplegie		283	194	0,284	0,066
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie ohne bestimmte Arthropathie, ohne Muskel- / Sehnenerkrankung bei Para- / Tetraplegie		234	192	0,263	0,069
I71A	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur		336	163	0,287	0,064
I71B	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur		201	206	0,269	0,073
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft		384	191	0,346	0,073

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes		275	189	0,273	0,068
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit unspezifischen Arthropathien, mit äußerst schweren oder schweren CC		395	184	0,369	0,069
I74B	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit unspezifischen Arthropathien ohne äußerst schwere oder schwere CC		246	184	0,274	0,067
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 < 10 Jahre		152	144	0,267	0,097
I74D	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		182	200	0,271	0,080
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC		406	183	0,361	0,070
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		235	194	0,281	0,071
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit septischer Arthritis		368	190	0,418	0,072
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne septische Arthritis oder Alter > 15 Jahre		238	198	0,303	0,072
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk		212	202	0,277	0,074
I79Z	Fibromyalgie		294	187	0,256	0,064
I87A	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, COVID-19, Virus nachgewiesen		782	152	0,360	0,063
I87B	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		584	185	0,377	0,064
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder resezierende Eingriffe am Becken bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre		1.117	188	1,661	0,075
I95B	Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur, ohne resezierende Eingriffe am Becken bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre		934	166	1,358	0,073
I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage	x	1.596	191	1,188	0,073
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		438	187	0,239	0,061
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		1.933	198	2,215	0,067
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma		1.043	172	2,165	0,072
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		2.091	194	2,675	0,069
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. Ingr. od. oh. äuß. schw. CC, m. kompl. Ingr.		1.157	194	1,454	0,067
J02C	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff		638	196	0,655	0,062
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung		330	188	0,351	0,064

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung		237	189	0,395	0,067
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung oder komplexe Prothesenimplantation		521	170	0,980	0,066
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		518	187	1,067	0,073
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		416	196	0,838	0,075
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		1.085	198	1,096	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		373	190	0,545	0,063
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre		172	146	0,294	0,073
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre		193	199	0,275	0,078
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff		354	193	0,587	0,061
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff		242	193	0,411	0,064
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom		457	193	0,578	0,067
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		323	211	0,498	0,068
J11C	And. Eingr. an Haut, Unterhaut u. Mamma oh. kompliz. Diag., oh. mäßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, m. best. Eingr. od. m. Hidradenitis suppurativa od. bei BNB/Pemphigoid od. mit kl. Eingr. an d. Haut u. Weicht.		213	196	0,357	0,067
J11D	And. Eingr. an Haut, Unterhaut u. Mamma oh. kompliz. Diag., oh. mäßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, oh. best. Eingr., oh. Hidradenitis suppurativa, auß. b. BNB od. Pemphigoid, oh. kl. Eingr. an d. Haut od. Weicht.		180	196	0,300	0,070
J12Z	Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma		1.467	151	3,174	0,072
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		620	169	1,210	0,065
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung		534	166	0,963	0,068
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		1.796	190	4,337	0,068
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		3.320	210	6,861	0,063
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.759	193	3,648	0,065
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		1.039	197	2,013	0,067
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC		554	197	0,724	0,065

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		308	196	0,463	0,062
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung		419	193	0,756	0,068
J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mammareduktionsplastik oder beidseitiger Mastopexie		393	166	0,794	0,064
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik, ohne beidseitige Mastopexie		442	190	0,923	0,068
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff		326	147	0,630	0,066
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff		210	187	0,405	0,086
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma und andere Eingriffe bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC		241	191	0,460	0,080
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		1.073	153	2,168	0,068
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		1.171	190	1,299	0,062
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		629	189	0,320	0,063
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein BT, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit äuß. 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.		453	191	0,313	0,065
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		293	194	0,250	0,061
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag		223	196	0,208	0,061
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC		541	193	0,471	0,067
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC		285	198	0,336	0,066
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC		635	190	0,466	0,072
J64B	Bestimmte Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC oder Alter < 6 Jahre mit komplexer Diagnose		251	196	0,228	0,063
J64C	Andere Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Alter > 5 Jahre oder ohne komplexe Diagnose		201	210	0,232	0,066
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als 1 Belegungstag		212	206	0,278	0,074
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, ein Belegungstag		127	200	0,229	0,107
J67A	Bestimmte Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder moderate Hauterkrankungen		216	199	0,221	0,061
J67B	Andere Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte Hauterkrankungen		165	194	0,194	0,065
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre mit anderer komplexer Diagnose		127	188	0,237	0,097
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre		109	196	0,193	0,096
J77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		617	196	0,429	0,063

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlung	x	1.345	184	0,915	0,065
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre oder bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse		1.125	173	1,957	0,076
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse		1.000	198	1,926	0,076
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas		446	188	0,917	0,074
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		1.576	173	2,223	0,080
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		471	193	0,957	0,078
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.		414	191	0,866	0,077
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		341	189	0,708	0,077
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		280	182	0,546	0,074
K07A	Andere Eingriffe bei Adipositas mit bestimmten größeren Eingriffen am Magen oder Darm		459	188	0,941	0,064
K07B	Andere Eingriffe bei Adipositas ohne bestimmte größere Eingriffe am Magen oder Darm		358	164	0,748	0,067
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre		1.286	193	1,698	0,082
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		768	194	0,911	0,071
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre		594	194	0,944	0,071
K09D	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ohne mäßig komplexen Eingriff		332	193	0,596	0,071
K14Z	Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie		740	194	1,525	0,077
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie		411	104	0,588	0,156
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie		1.873	194	3,880	0,068
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie		485	137	0,768	0,154
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie		473	89	0,386	0,136
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie		313	122	0,331	0,152
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		1.006	187	0,793	0,064

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		2.371	170	4,168	0,076
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen		738	189	0,563	0,074
K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	x	1.003	134	0,483	0,067
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		643	192	0,358	0,065
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		589	189	0,390	0,086
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		303	137	0,198	0,060
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		623	191	0,545	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		190	170	0,192	0,069
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag		338	206	0,287	0,069
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose		248	194	0,248	0,066
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		595	193	0,445	0,072
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		270	194	0,298	0,075
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		255	196	0,303	0,073
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		265	188	0,307	0,073
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		282	189	0,350	0,069
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag		116	172	0,214	0,091
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		774	189	0,607	0,091
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		371	150	0,422	0,075
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		337	198	0,408	0,074
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		246	200	0,328	0,072
K77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		823	187	0,417	0,065
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeral eingriff oder Verschluss einer Blasenekstrophie		951	168	1,309	0,072

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter > 9 Jahre mit aku- ter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse		573	191	0,630	0,066
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter > 9 Jahre mit aku- ter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse oder transurethrale Injektion bei Ostiuminsuffizienz		265	187	0,472	0,068
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubil- dung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm		1.490	202	2,492	0,077
L04A	Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe au- ßer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe oder Alter < 16 Jahre		923	198	1,909	0,068
L04B	Andere Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubil- dung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, ohne be- stimmte Harnblaseneingriffe oder Exzision und Resektion von retroperi- tonealem Gewebe, Alter > 15 Jahre		575	192	1,099	0,063
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an den Harnorganen mit äußerst schweren CC		1.079	194	1,435	0,075
L06B	Kleine Eingriffe an den Harnorganen ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre		469	196	0,852	0,065
L06C	Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre		192	188	0,369	0,079
L07Z	Andere Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 J. od. mit äußerst schw. CC od. anderer Kombina- tionseingriff od. best. Zystektomien, ohne gr. Eingriff am Darm od. kompl. Harnblasenplastik od. Autotranspl. Niere		1.276	198	2,097	0,076
L08Z	Komplexe Eingriffe an der Urethra oder Ureter		475	190	0,909	0,062
L09A	And. Eingr. bei Erkr. der Harnorg. mit Anl. Dialyseshunt bei akut. Nie- renins. 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		1.474	197	1,895	0,074
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage Dialyses- hunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Di- alyse od. außer Anlage Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparoto- mie, Alter > 1 Jahr, ohne auß. schw. CC		599	194	0,889	0,067
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyses- hunt, 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		969	194	0,947	0,070
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Di- alyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuf- fizienz mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, mit best. anderen Eingriff od. Alter < 18 Jahre		495	198	0,779	0,070
L09E	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Di- alyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz oder bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 17 Jahre		290	192	0,531	0,071
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 Kombi- nationseingriff, mit großem Eingriff am Darm		1.725	196	2,918	0,076
L11Z	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitone- ale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äu- ßerst schwere CC		883	150	1,941	0,063
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		3.235	197	6,756	0,063
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen		1.150	199	2,333	0,066
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit bestimmtem Eingriff mit CC oder mit komplexem Eingriff		1.086	198	2,128	0,073
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne komplexen Eingriff, mit anderem Eingriff		1.034	196	2,264	0,073

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		375	171	0,799	0,071
L16A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulations-elektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators		203	182	0,385	0,073
L16B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulations-elektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		243	145	0,466	0,071
L16C	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulations-elektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines temporären Elektrodensystems		209	132	0,403	0,073
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		262	171	0,494	0,068
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre		255	193	0,462	0,074
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC		1.114	195	1,516	0,072
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		543	197	1,029	0,066
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermo- oder Kryoablation der Niere		395	187	0,816	0,075
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, mit äußerst schweren CC		915	199	1,337	0,070
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre		365	198	0,731	0,072
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre		326	197	0,617	0,070
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		2.899	197	4,165	0,078
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.936	195	1,502	0,129
L36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.394	183	0,786	0,119
L37Z	Multiviszeraler Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.388	193	2,361	0,078
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		2.011	201	2,669	0,083
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie		266	193	0,521	0,075
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie		326	166	0,654	0,074
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie		244	148	0,481	0,079
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		651	195	0,361	0,064
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		1.038	207	0,627	0,098
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren oder äußerst schweren CC oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre		688	207	0,476	0,096

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder Alter < 18 Jahre mit schweren CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		464	210	0,406	0,089
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre oder ohne schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		311	212	0,323	0,069
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC		574	192	0,514	0,067
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre ohne schwere CC		206	153	0,288	0,069
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		236	199	0,311	0,068
L63A	Infektionen der Harnorgane mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern		850	189	0,482	0,071
L63B	Infektionen der Harnorgane ohne best. hochaufw. Beh., mit best. aufwendiger Beh. od. mit äußerst schw. CC, ohne Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern od. mit Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern od. bei TBC des Urogenitalsyst., ohne äußerst schw. CC		524	195	0,422	0,070
L63C	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbeh. bei isolationspflichtigen Erregern, ohne best. aufw. / hochaufw. Behandl., außer bei TBC des Urogenitalsyst., Alter < 3 Jahre oder best. schwere Infektionen oder best. mäßig aufw. Beh.		211	191	0,220	0,066
L63D	Infektionen der Harnorgane oh. auß. 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.		272	193	0,274	0,066
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		259	213	0,294	0,067
L64A	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, bei angeborener Fehlbildung oder BNB der Harnorgane oder Alter < 3 Jahre		311	193	0,492	0,071
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, außer bei BNB der Harnorgane, Alter > 2 Jahre		222	212	0,382	0,074
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		186	173	0,342	0,081
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		149	209	0,249	0,081
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 18 Jahre		212	191	0,282	0,070
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 17 Jahre		219	196	0,319	0,069
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		281	167	0,243	0,065
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		322	192	0,345	0,067
L70A	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre		185	166	0,361	0,126
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre		125	189	0,221	0,109
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse		191	199	0,283	0,221
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom		412	192	0,347	0,076
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag		197	115	0,225	0,060

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Hamorgane bei Para- / Tetra- plegie		275	194	0,318	0,070
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC		1.980	197	3,597	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		1.436	197	3,293	0,068
M02A	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata mit äußerst schweren CC		1.034	197	1,589	0,072
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC		414	198	0,810	0,063
M03A	Komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter < 18 Jahre oder totale Amputation des Penis oder partielle Amputation des Penis mit bestimmter Lympha- denektomie		487	177	0,877	0,058
M03B	Mäßig komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre, ohne aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, ohne totale Amputation des Penis, ohne partielle Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie		340	167	0,637	0,060
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre oder kleine Eingriffe an Urethra und Penis, Alter < 18 Jahre, ohne aufwendige plastische Rekonstruktion, ohne totale Amputation des Penis, ohne partielle Amputation mit be- stimmter Lymphadenektomie		346	172	0,655	0,063
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gan- grän oder bestimmte radikale Prostatovesikulektomien oder bestimmte Lymphadenektomie		1.240	195	2,629	0,070
M04B	Eingriffe am Hoden mit bestimmtem Eingriff bei Orchitis mit Abszess oder bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Hoden oder be- stimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung		301	196	0,560	0,070
M04C	Eingriffe am Hoden mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 3 Jahre oder mit schweren CC oder beidseitigem Hodenhochstand, Alter < 14 Jahre		251	168	0,500	0,090
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		256	190	0,429	0,077
M05Z	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis oder großflächige Ablationen der Haut		217	194	0,380	0,076
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag		256	192	0,521	0,080
M07Z	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Ge- schlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds		454	133	1,090	0,103
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 Pe- nis		635	198	1,066	0,064
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne BNB des Penis		426	196	0,837	0,066
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Ge- schlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindes- tens 8 Tagen		3.260	200	6,845	0,065
M10B	Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden		445	169	0,785	0,168
M10C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Ge- schlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie		788	195	1,740	0,074
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata		410	193	0,844	0,064
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Stör- ungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC		1.348	196	2,039	0,072
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane		2.108	196	3,190	0,080
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC		617	195	0,651	0,067

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC		271	199	0,399	0,067
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie		244	189	0,465	0,074
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane		195	195	0,233	0,063
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann		173	174	0,271	0,074
N01A	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraler Eingriff		1.921	188	3,425	0,077
N01B	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraler Eingriff		1.561	176	2,591	0,075
N01C	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC		1.131	191	1,953	0,074
N01D	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC		897	192	1,771	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		1.420	195	1,992	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		946	194	1,673	0,071
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		685	195	1,230	0,071
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		556	193	1,139	0,070
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff		788	191	1,391	0,071
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		762	169	1,221	0,071
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		320	187	0,635	0,071
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		388	189	0,765	0,065
N07A	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff		338	192	0,656	0,069
N07B	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff		230	167	0,387	0,066
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		396	191	0,761	0,069
N09A	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag		485	169	1,180	0,100
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum		202	209	0,373	0,079
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva		184	203	0,346	0,084

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC		953	191	1,074	0,069
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC		459	196	0,567	0,066
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva auß. bei BNB od. kl. Eingriffe an Vagina/Douglasr. od. best. Eingr. an der Harnblase, Alter > 80 J. od. auß. schw. od. schw. CC od. best. Fistelverschl. od. best. Embolis. an visz. und and. abd. Gefäßen bei BNB		608	197	0,911	0,065
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei BNB oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder best. Eingriff an der Harnblase, Alt. < 81 Jahre, oh. äußerst schwere oder schwere CC, oh. best. Fistelverschluss, mit aufwendigem Eingriff		338	172	0,667	0,067
N13C	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei BNB oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder bestimmter Eingriff an der Harnblase, Alter < 81 Jahre, ohne auß. schw. od. schw. CC, oh. best. Fistelverschluss, ohne aufwendigen Eingriff		189	144	0,331	0,073
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.		619	172	1,363	0,065
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		3.371	196	7,024	0,063
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.434	187	3,104	0,063
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie		720	193	1,623	0,071
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 Myomenukulation, mit aufwendigem Eingriff		485	193	1,019	0,066
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 Myomenukulation, ohne aufwendigen Eingriff		407	188	0,873	0,067
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukulation		367	189	0,752	0,068
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		292	196	0,530	0,079
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		2.544	187	4,222	0,075
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		1.414	192	2,442	0,076
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		2.818	191	4,923	0,072
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC		594	193	0,559	0,066
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		267	196	0,364	0,067
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane		169	199	0,207	0,065
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre		163	203	0,251	0,074
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre		119	201	0,188	0,080
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Sectio caesarea mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte		1.169	200	1,716	0,078

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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. äuß. schw. CC		727	198	0,823	0,060
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. äuß. schw. CC		486	203	0,581	0,058
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. äuß. schw. CC		367	204	0,565	0,059
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		312	204	0,539	0,061
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW)		285	205	0,536	0,064
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		358	180	0,540	0,066
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		261	193	0,441	0,065
O03Z	Eingriffe bei Extrauterin gravidität		276	180	0,553	0,078
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff		532	181	0,854	0,064
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff		223	198	0,360	0,069
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		160	181	0,273	0,079
O05A	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft mit intrauterinem operativen Verschluss des offenen Rückens		1.073	126	2,201	0,074
O05B	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag		308	198	0,396	0,057
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		244	196	0,434	0,069
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		187	178	0,339	0,070
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer oder Maßnahmen bei postpart. Blutung, bis 19 vollendete SSW oder mit komplizierender Prozedur oder schwere oder mäßig schwere kompliz. Diagnose bis 33 vollendete SSW		667	192	0,362	0,053
O60B	Vaginale Entbindung mit mehr. kompliz. Diag., mind. eine schwer od. Maßn. bei postpart. Blutung, > 19 vollend. SSW, oh. kompliz. Proz. od. Thromboemb. während der Gestationsp. oh. OR-Proz. od. schwere od. mäßig schwere kompliz. Diag. bis 33 vollend. SSW		245	192	0,364	0,059
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder Alter < 18 Jahre		217	194	0,343	0,061
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, Alter > 17 Jahre		197	199	0,334	0,064
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff an der Mamma		160	200	0,215	0,064
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie		119	174	0,187	0,075

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, COVID-19, Virus nachgewiesen		331	160	0,257	0,056
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag		139	204	0,245	0,072
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag		182	200	0,235	0,061
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur		831	168	1,314	0,347
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden		8.259	207	7,071	0,191
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		3.274	204	3,466	0,154
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Eingriff bei univentrikulärem Herzen oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, ohne Beatmung > 180 Stunden		1.826	206	2,174	0,118
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		6.750	203	3,664	0,204
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		3.595	203	1,650	0,165
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		5.759	189	3,216	0,193
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		2.439	183	1,134	0,163
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		5.269	190	3,292	0,171
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		1.873	203	1,194	0,135
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		1.531	183	0,841	0,167
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., best. 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		3.868	209	2,688	0,175
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. od. mit Beatmung > 120 Std. od. best. aufwendige OR-Proz., oder mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse		1.466	212	1,213	0,141
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		1.135	209	0,827	0,172
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur		265	158	0,308	0,292
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden		318	165	0,306	0,298
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)		137	159	0,181	0,097

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur		12.726	200	7,715	0,210
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur		11.122	180	6,004	0,210
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur		11.876	183	6,760	0,201
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur		8.917	184	4,755	0,200
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme		1.871	156	1,450	0,262
P62A	Aufnahmegegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur		9.630	201	5,534	0,190
P62B	Aufnahmegegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur		7.358	165	3,729	0,195
P62C	Aufnahmegegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur		5.901	163	2,891	0,191
P62D	Aufnahmegegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme		1.670	128	1,284	0,262
P63Z	Aufnahmegegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden		1.796	159	0,470	0,123
P64Z	Aufnahmegegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden		1.671	178	0,441	0,137
P65A	Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder Beatmung > 95 Stunden		1.793	179	0,618	0,149
P65B	Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem		1.394	147	0,444	0,139
P65C	Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem		997	160	0,290	0,140
P65D	Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne Problem		616	145	0,253	0,143
P66A	Neugeborenes ohne sign. OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., Aufnahmegegew. 2000 - 2499 g mit mehr. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. od. Aufnahmegegew. > 2499 g, m. mehr. schw. Probl., m. Hypothermiebehandlung		1.092	184	0,500	0,139
P66B	Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden		763	178	0,372	0,135
P66C	Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem		551	180	0,265	0,130
P66D	Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem		178	165	0,177	0,083
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 24 Stunden		632	203	0,449	0,145
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegegew. > 2499 g mit schw. Probl., oh. Hypothermiebeh., 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		354	206	0,288	0,114
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegegew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Probl., anderes Problem und mehr als ein Belegungstag oder nicht signifikante OR-Prozedur, ohne Mehrling, ohne bestimmte aufwendige Prozeduren		255	205	0,228	0,101
P67D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 1999 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur oder best. Diagnose beim Neugeborenen oder neugeborener Mehrling		172	185	0,179	0,074
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen		126	196	0,156	0,065

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
Q01Z	Eingriffe an der Milz		770	195	1,229	0,083
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung		1.124	196	1,298	0,072
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		727	194	1,384	0,082
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. Thymus, oh. best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung		462	199	0,744	0,066
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre		305	148	0,474	0,069
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre		281	194	0,487	0,073
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		366	165	0,382	0,076
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		257	146	0,226	0,091
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		251	209	0,275	0,067
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC		198	206	0,272	0,071
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC		662	189	0,594	0,071
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC		301	208	0,453	0,069
Q62Z	Andere Anämie		285	190	0,327	0,069
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Anämie		335	186	0,292	0,076
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Anämie		271	187	0,295	0,069
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur		1.397	193	1,911	0,076
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		1.392	196	2,509	0,073
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn		1.026	192	1,863	0,077
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur		553	189	0,935	0,071
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen		1.865	201	2,732	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		1.248	197	1,423	0,073
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC		830	199	1,022	0,071
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC		480	189	0,655	0,067
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		3.875	192	7,546	0,068

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Be- strahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukä- mie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		2.941	196	6,186	0,064
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		1.620	192	3,213	0,067
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		951	189	2,071	0,066
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre		836	199	0,933	0,068
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schwe- ren CC		426	199	0,715	0,069
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC		265	195	0,458	0,072
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR- Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur		1.227	198	1,953	0,076
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR- Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit kom- plexer OR-Prozedur		758	201	1,469	0,072
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR- Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur		482	196	0,915	0,069
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR- Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR- Prozedur oder komplizierender Konstellation		401	193	0,750	0,068
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR- Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR- Prozedur, ohne komplizierende Konstellation		370	197	0,704	0,068
R14Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR- Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag		297	195	0,497	0,079
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologi- schen und soliden Neubildungen		1.378	197	1,717	0,074
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.		1.622	191	0,701	0,066
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizie- render Diagnose od. Dialyse od. Portimplantation od. intensivmed. Kom- plexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter > 15 J.		1.362	197	0,632	0,075
R60C	Akute myel. Leukämie m. int. Chemo, auß. schw. CC od. kompl. Diagnos- tik b. Leuk. od. Port od. m. mäß. kompl. Chemo m. best. kompliz. Fakt. od. m. auß. schw. CC m. kompl. Diagnost. od. KomplBeh. isolat.pfl. Er- reg. m. Dial. od. auß. schw. od. schwerste CC		870	195	0,409	0,071
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diag- nose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. auß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC		493	193	0,321	0,073
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemoth., ohne kom- plizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., ohne äußerst schwere CC od. mit lokaler Chemoth. od. mit Komplexbeh. bei multiresis- tenten Erregern od. mit kompl. Diagnostik bei Leukämie		315	193	0,256	0,065
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erre- gern, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie		321	193	0,286	0,073
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder bestimmter kompli- zierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hoch- kompl. Chemotherapie oder schwersten CC		1.763	199	1,739	0,073
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. oder mit kompl. Diagnose oder Portimpl., mit auß. schw. CC, Al- ter > 15 Jahre od. mit auß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC		942	195	0,783	0,072

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		555	172	0,687	0,070
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie m. Agranuloz., Portimpl., Komplbeh. bei isolationspfl. Erregern od. kompl. Diag. bei Leukämie, > 15 J., mit intens. Chemo od. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Blastenkrise, oh. kompl. Diag. bei Leukämie, oh. schwerste CC		600	197	0,511	0,070
R61E	Lymph. u. nicht akute Leukämie mit best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. intensive Chemoth. od. kompl. Diag., kompliz. Proz., Alt. < 16 J. od. best. Lymph. mit best. Chemo. od. kompl. Diag., and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern		480	198	0,534	0,070
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		363	196	0,317	0,068
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		354	199	0,411	0,066
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre		256	209	0,286	0,067
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		656	197	0,865	0,068
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		489	199	0,653	0,068
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		311	196	0,422	0,067
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre		2.704	193	3,113	0,068
R63B	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC		1.209	194	0,856	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		1.399	188	1,004	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.		673	189	0,518	0,067
R63E	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder Agranulozytose oder Portimplantat. oder mit lokaler Chemoth. oder best. Agranulozytose mit äuß. schw. CC, mit Dialyse oder Sepsis oder Portimplant. oder äuß. schw. CC		608	187	0,410	0,070
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. and. Agranulozyt. od. Portimpl. od. äuß. schw. CC		391	187	0,281	0,068
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC		260	190	0,208	0,067
R63H	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC		243	192	0,216	0,073
R65Z	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag		134	198	0,252	0,102
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre		1.713	170	1,165	0,068
R77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei bestimmten hämatologischen und soliden Neubildungen		1.179	206	0,679	0,071

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur		823	195	1,038	0,069
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag		200	184	0,423	0,105
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit		434	169	0,432	0,067
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation		950	184	0,866	0,074
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation		524	187	0,468	0,068
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, mit äußerst schweren CC		1.084	172	0,789	0,071
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, ohne äußerst schwere CC		394	158	0,441	0,065
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, außer bei sonstiger Sepsis		1.649	213	2,071	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		1.377	213	1,421	0,076
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC		943	196	0,977	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		661	201	0,742	0,064
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		375	210	0,499	0,066
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		1.868	198	1,412	0,137
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten		727	191	0,395	0,065
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.115	195	0,832	0,106
T60B	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder auß. schw. CC, Alter < 18 J. oder bei best. Para- / Tetraplegie oder mit best. ERCP od. mit schwersten CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte		875	194	0,722	0,095
T60C	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit kompl. Diagnose oder auß. schweren CC, Alter > 17 Jahre, außer bei best. Para- / Tetraplegie, ohne best. ERCP, ohne schwerste CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte		765	198	0,620	0,094
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		514	191	0,434	0,086
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		467	208	0,425	0,077
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		263	191	0,369	0,204
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		218	185	0,336	0,239
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen		227	193	0,246	0,063

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre		292	184	0,291	0,068
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre		181	190	0,233	0,071
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 14 Jahre mit komplexer Diagnose		352	164	0,294	0,080
T63B	Schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose		343	191	0,321	0,062
T63C	Mäßig schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose		197	194	0,240	0,066
T63D	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose		160	191	0,217	0,072
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		405	189	0,320	0,078
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		342	194	0,326	0,067
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		298	212	0,310	0,068
T77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten		601	195	0,407	0,067
U01Z	Genitalorganumwandelnde Operation	x	447	148	0,808	0,062
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen		526	172	0,304	0,062
U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	x	624	165	0,190	0,054
U42A	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter < 19 Jahre	x	658	101	0,182	0,053
U42B	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage		506	185	0,214	0,057
U42C	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, weniger als 14 Behandlungstage		307	167	0,218	0,060
U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre	x	1.012	116	0,198	0,053
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		147	187	0,259	0,129
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		155	186	0,257	0,153
U61Z	Schizophrenie, wahnhafte und akut psychotische Störungen		356	155	0,363	0,073
U63Z	Schwere affektive Störungen		285	186	0,322	0,076
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen		256	193	0,339	0,073
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit		265	190	0,293	0,070
V40Z	Qualifizierter Entzug		325	153	0,199	0,058
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit bestimmten psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder HIV-Krankheit		357	185	0,350	0,085
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne bestimmte psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, ohne HIV-Krankheit		176	191	0,236	0,092

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug		224	183	0,250	0,091
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit		225	154	0,275	0,148
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmiss- brauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit		202	185	0,256	0,195
W01A	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwands- punkte, mit Frührehabilitation	x	4.591	186	4,479	0,091
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Beat- mung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte		3.138	193	4,039	0,108
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, ohne Be- atmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte		1.121	188	1,515	0,113
W02A	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit komplizierender Konst- ellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder mit intensivme- dizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		2.017	195	3,288	0,085
W02B	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen ohne komplizierende Konst- ellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne intensivmedizi- nische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.426	193	2,087	0,084
W04A	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder Alter < 6 Jahre		1.409	196	2,199	0,089
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, Alter > 5 Jahre		966	197	1,347	0,083
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, Alter > 5 Jahre		733	188	0,834	0,076
W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur	x	2.497	183	2,494	0,069
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwands- punkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta		3.953	196	4,663	0,170
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma	x	1.009	117	0,284	0,065
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne komplizierende Konstellationen, ohne Beatmung > 24 Stunden, ohne komplexe oder be- stimmte andere Eingriffe		304	146	0,506	0,218
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwands- punkte oder Alter < 12 Jahre		553	187	0,617	0,092
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwands- punkte, Alter > 11 Jahre		488	189	0,491	0,080
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstella- tion oder freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder mit schweren Weichteilschäden oder komplexer OR-Prozedur oder best. komplexem Eingriff, mit auß. schweren CC		1.441	189	1,800	0,068
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		645	194	0,752	0,061
X01C	Rekonstr. Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konst., ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne schw. Weichteil- schäden, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne auß. schw. CC, mit best. Ner- vennaht od. Hautplastik, > 1 BT od. Alter < 18 J.		410	148	0,750	0,068
X01D	Rekonstr. Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konst., ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne schw. Weichteil- schäden, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne auß. schw. CC, ohne best. Nervennaht oder Hautplastik oder 1 BT, Alter > 17 J.		278	167	0,501	0,071

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität		384	168	0,534	0,071
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff		289	163	0,518	0,074
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff		205	145	0,355	0,078
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC		876	192	1,055	0,084
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		462	200	0,691	0,075
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, Alter < 66 Jahre oder ohne bestimmten Eingriff		264	196	0,413	0,070
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers		1.691	165	3,394	0,082
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe		932	160	1,873	0,071
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten		1.847	188	2,635	0,072
X60A	Bestimmte Verletzungen		187	199	0,267	0,082
X60B	Verletzungen und allergische Reaktionen ohne bestimmte Verletzungen		150	206	0,214	0,103
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata		204	212	0,273	0,093
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung		139	199	0,207	0,106
Y01Z	Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen	x	3.907	191	4,114	0,170
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		2.641	168	2,311	0,152
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.		1.340	180	1,296	0,121
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.		462	143	0,711	0,065
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.		685	186	0,682	0,093
Y03Z	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen		265	169	0,340	0,086
Y61Z	Schwere Verbrennungen	x	404	98		
Y62Z	Andere Verbrennungen		200	183	0,208	0,070
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag		112	165	0,183	0,113
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation		653	192	0,938	0,077
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit bestimmtem Eingriff		323	198	0,637	0,077

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
Z01C	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff		198	189	0,280	0,071
Z02Z	Leberspende (Lebendspende)	x	1.315	165	2,383	0,079
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)		757	184	1,431	0,071
Z04Z	Lungenspende (Lebendspende)	x				
Z41Z	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender	x	244	114	0,389	0,134
Z42Z	Stammzellentnahme bei Fremdspender	x	154	145	0,209	0,150
Z43Z	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender	x	186	141	0,314	0,098
Z64A	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddiagnostik		427	123	0,717	0,168
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontakthanlass		240	191	0,439	0,105
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontakthanlass oder allergologische Provokationstestung bis 2 Belegungstage		139	209	0,209	0,079
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung		211	208	0,291	0,072
Z66Z	Vorbereitung zur Lebendspende		266	139	0,545	0,084
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		1.385	200	1,447	0,086
801B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hochkomplexer OR-Prozedur oder mit komplizierender Konstellation, Alter > 17 Jahre oder ohne komplizierende Faktoren oder mit komplexer OR-Prozedur oder schweren CC, Alter < 16 Jahre		1.134	200	1,314	0,075
801C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur oder anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder bei Para- / Tetraplegie		1.079	211	1,366	0,074
801D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter OR-Prozedur oder mit intensivmediz. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		907	215	1,049	0,073
801E	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe, komplexe oder bestimmte OR-Prozedur		706	212	0,820	0,069
802A	Bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose oder andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte		818	210	1,012	0,073
802B	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit mäßig komplexer OR-Prozedur		814	210	0,978	0,070
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur		572	212	0,795	0,070
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose		398	211	0,557	0,069
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht		334	145	0,283	0,113
960Z	Nicht gruppierbar		123	114	0,225	0,062
961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		147	162	0,197	0,057

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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	Unbe- wertet	Mittlere Ta- geskosten	Getroffene Module	BR/Tag
P001Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, bis zu 7 Pflage tage	x	41	113	1,866
P002Z	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Kindern und Jugendlichen, Einzelbetreuung mit hohem Aufwand		22	156	1,009
P003A	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Kriseninter- vention und komplexer Entlassungsaufwand mit äußerst hohem Aufwand		24	178	1,087
P003B	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Kriseninter- vention und komplexer Entlassungsaufwand mit sehr hohem Aufwand oder mit schwerer oder schwerster Pflegebedürftigkeit oder mit Intensivbehandlung oder Alter > 79 Jahre		25	177	1,124
P003C	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Kriseninter- vention und komplexer Entlassungsaufwand mit deutlich erhöhtem Aufwand, ohne schwere oder schwerste Pflegebedürftigkeit, ohne Intensivbehandlung, Alter < 80 Jahre		26	175	1,153
PA01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit komplizierender Konstellation		23	176	1,055
PA01B	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ohne komplizierende Konstellation		24	165	1,074
PA02A	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotr. Subst. mit Heroinkon. od. sonst. Subst. (intrav.) od. mit schw. Begleiterkr. bei Opiatabh. od. Schwan- ger. od. mit schw. od. schwerster Pflegebed. od. mit hoher Therapieint. od. mit hohem Betreuungsaufw.		25	198	1,108
PA02B	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter > 74 Jahre oder mit kompliz. Konstellation oder mit multiplem Substanzmiss- brauch bei Opiat- oder Kokainkonsum oder mit hoher Therapieintensität oder mit Eltern-Kind-Setting		25	195	1,148
PA02C	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter > 64 J. u. < 75 J. oder mit Qualifiziertem Entzug ab mehr als 14 Behandlungsta- gen oder mit kompliz. Konstell. oder mit multiplem Substanzmissbrauch außer bei Opiat- und Kokainkonsum		26	186	1,181
PA02D	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Heroinkonsum oder intra- venösen Gebrauch sonstiger Substanzen, ohne Qualifizierten Entzug ab mehr als 14 Behandlungstagen		27	200	1,218
PA03A	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen oder andere psychoti- sche Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder mit Intensivbehandlung oder mit Eltern-Kind- Setting		24	200	1,084
PA03B	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen oder andere psychoti- sche Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität, ohne Intensivbehandlung, ohne Eltern-Kind-Setting		24	199	1,078
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		23	200	1,052
PA04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 85 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit Eltern-Kind-Setting oder mit komplizierender Diagnose oder mit erheblicher Pflegebedürftigkeit oder Alter > 64 Jahre		22	201	1,009
PA04C	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplizierende Diagnose, ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit		22	201	0,980
PA14A	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störun- gen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder mit erheblicher Pflegebedürftigkeit		24	196	1,093
PA14B	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störun- gen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Thera- pieintensität, ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit		23	197	1,026

PEPP	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Ta- geskosten	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.		24	200	1,072
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		24	200	1,068
PA15C	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne bestimmte Demenzerkrankungen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Intensivbehandlung, Alter < 85 Jahre		24	200	1,065
PA16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	x	27	135	1,207
PA17Z	Andere psychosomatische Störungen	x	34	61	
PA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	x	31	143	1,416
PA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	x	21	104	0,935
PA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	x	26	58	
PK01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit komplizierender Konstellation		22	145	0,977
PK01B	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ohne komplizierende Konstellation		20	143	0,919
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	1,046
PK02B	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen ohne komplizierende Konstellation, ohne erhöhten Betreuungsaufwand, ohne Behandlung im besonderen Setting oder Alter > 13 Jahre		28	143	1,270
PK03A	Schizophrenie, schizotype und wahnhaft Störungen oder andere psychotische Störungen mit Intensivbehandlung		23	143	1,020
PK03B	Schizophrenie, schizotype und wahnhaft Störungen oder andere psychotische Störungen ohne Intensivbehandlung		25	143	1,110
PK04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhtem Betreuungsaufwand oder mit hoher Therapieintensität oder mit Intensivbehandlung		23	192	1,043
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		22	163	0,979
PK04C	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen ohne komplizierende Konstellation, ohne erhöhten Betreuungsaufwand, ohne hohe Therapieintensität, ohne Intensivbehandlung, ohne komplizierende Nebendiagnose, Alter > 13 Jahre		22	194	0,990
PK10A	Ess- und Fütterstörungen mit hoher Therapieintensität oder mit Intensivbehandlung oder mit erhöhtem Betreuungsaufwand oder Alter < 12 Jahre		21	164	0,954
PK10B	Ess- und Fütterstörungen ohne hohe Therapieintensität, ohne Intensivbehandlung, ohne erhöhten Betreuungsaufwand, Alter > 11 Jahre		21	178	0,958
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		22	176	0,998
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.		21	143	0,938

PEPP	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Ta- geskosten	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 Therapieintens., ohne Intensivbeh.		23	160	1,038
PK15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems	x	30	111	1,364
PK16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	x			
PK17Z	Andere psychosomatische Störungen	x			
PK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	x	21	142	0,968
PK98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiag- nose	x			
PK99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	x			
PP04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder mit Eltern-Kind-Setting oder mit erheblicher Pflegebedürftigkeit		20	184	0,908
PP04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität, ohne Eltern-Kind-Setting, ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit		20	184	0,884
PP10A	Anorexia nervosa oder Ess- und Fütterstörungen mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität		19	183	0,869
PP10B	Ess- und Fütterstörungen außer bei Anorexia nervosa ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität		19	162	0,871
PP14Z	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen		19	181	0,875
PP15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	x	22	130	1,001
PP16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	x			
PP17Z	Andere psychosomatische Störungen	x	21	150	0,962
PP18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	x	27	54	
PP98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiag- nose	x	22	68	0,984
PP99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	x			
PF01Z	Fehlkodierung bei erhöhtem Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Krisenintervention und Entlassungsaufwand		28	119	1,266
PF02Z	Fehlkodierung bei psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung bei Erwachsenen				
PF03Z	Fehlkodierung bei Einzel- und Kleinstgruppenbetreuung bei Kindern und Jugendlichen		17	68	0,756
PF04Z	Fehlkodierung der Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen mit unzulässiger Erfassung mehrerer Therapieeinheitenkodes am gleichen Tag		27	104	1,210
PF96Z	Nicht gruppierbar				