

InEK

Abschlussbericht

Entwicklung von Investitionsbewertungs-
relationen (IBR) gem. § 10 KHG
für das Jahr 2024

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

Telefon 0 22 41 - 93 82 - 0

Fax 0 22 41 - 93 82 - 36

Internet [Internetseite des InEK](#)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	1
1 EINFÜHRUNG	2
2 METHODISCHER ANSATZ.....	3
2.1 Leistungsorientierung	3
2.2 Investitionskosten	4
2.3 Modulare Kostengliederung.....	4
2.4 Fallbezug und Kostenbewertung je Entgelt.....	6
3 ERHEBUNG VON KOSTENDATEN	7
3.1 Beteiligung.....	7
3.2 Umfang der Datenlieferung	8
3.3 Datenprüfung	9
4 KALKULATIONSDATENBASIS.....	12
4.1 Kostendaten.....	12
4.1.1 Datenaufbereitung.....	12
4.1.2 Ergänzungs- und Ersatzwerte	14
4.1.3 Datenbasis nach Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen.....	14
4.2 Fallmengen.....	15
4.3 Datenbasis – DRG-Entgeltbereich.....	17
4.3.1 Verfügbare Daten.....	17
4.3.2 Fehlende Daten	20
4.4 Datenbasis – PEPP-Entgeltbereich.....	21
4.4.1 Verfügbare Daten.....	21
4.4.2 Fehlende Daten	23
5 ERGEBNISSE.....	25
5.1 Investitionsbewertungsrelationen (DRG-Entgeltbereich)	25
5.1.1 Bewertungsrelationen für das aG-DRG-System 2024	25
5.1.2 Bewertung von Zusatzentgelten im aG-DRG-System 2024.....	25
5.1.3 IBR-Bezugsgröße (DRG).....	26

5.2	Investitionsbewertungsrelationen (PEPP-Entgeltbereich)	27
5.2.1	Bewertungsrelationen für das PEPP-System 2024	27
5.2.2	IBR-Bezugsgröße (PEPP).....	27
6	WEITERENTWICKLUNG	29
ANHANG	30

Abkürzungen

Abb.	Abbildung
AbgrV	Abgrenzungsverordnung
AHK	Anschaffungs- und Herstellungskosten
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BR	Bewertungsrelation
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
CAPD	kontinuierliche Peritonealdialyse, nicht maschinell unterstützt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenation
aG-DRG	German Diagnosis Related Groups
gem.	gemäß
ggf.	gegebenenfalls
grds.	grundsätzlich
HGB	Handelsgesetzbuch
IABP	intraaortale Ballonpumpe
IBR	Investitionsbewertungsrelation
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
i.d.R.	in der Regel
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
Kap.	Kapitel
KGI	Informationen zur Kalkulationsgrundlage
KH	Krankenhaus
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KStGr	Kostenstellengruppe
med.	Medizinisch
MT	Medizintechnik
Nr.	Nummer
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin

PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik
TA	Technische Anlage
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt, Entgeltbereich „DRG“
ZP	Zusatzentgelt, Entgeltbereich „PSY“

Vorwort

Mit dem vorliegenden Bericht veröffentlicht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) nähere Einzelheiten zur Vorgehensweise bei der Umsetzung des Entwicklungsauftrags zur Reform der Investitionsfinanzierung gem. § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Auf der Grundlage der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG hat das InEK Investitionsbewertungsrelationen berechnet, die eine zukünftige Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglichen sollen. Dieser Abschlussbericht beschreibt die dabei angewendete Methodik und stellt die Ergebnisse der Kalkulation für das Jahr 2024 vor.

Den 64 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. Mit dem Datenjahr 2021 endete die verpflichtende Teilnahme für die im Jahr 2017 gezogenen Krankenhäuser. Von den 40 zur Teilnahme verpflichteten Krankenhäusern haben elf auf freiwilliger Basis weiter an der Kostendatenerhebung teilgenommen.

Für die Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen stand erneut eine ausreichende Datenbasis zur Verfügung, die sowohl die Erstellung eines IBR-Katalogs zur aG-DRG-Version 2024 als auch die Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen für den PSY-Entgeltbereich ermöglichte. Letztere sind als tagesbezogene Bewertungsrelationen im IBR-Katalog zur PEPP-Version 2024 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 eingehen. In Abstimmung mit den Selbstverwaltungspartnern wird das InEK weiterhin geeignete Schritte im Sinne eines „lernenden Systems“ umsetzen.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Rusert
Bereichsleiter
Statistische
Auswertungen

Siegburg, im Februar 2025

1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen für Zwecke gem. § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) für das Jahr 2024. Der Bericht wendet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit und soll die der Entwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise transparent machen.

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

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

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

Auf Grundlage der übermittelten Kostendaten hat das InEK die Investitionsbewertungsrelationen für die Fallpauschalen der aG-DRG-Version 2024 sowie die tagesbezogenen Entgelte der PEPP-Version 2024 berechnet. Der Fallzahlrückgang im Vergleich zu den Datenjahren vor der Corona-Pandemie zeigt sich auch in der Investitionskostenkalkulation bei der leistungsbezogenen Verrechnung der Abschreibungswerte.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern am 26. Februar 2024 den Entwurf des Katalogs der Investitionsbewertungsrelationen (IBR-Katalog) für den DRG- sowie den PSY-Entgeltbereich vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnten die jeweiligen IBR-Kataloge inhaltlich konsentiert werden. Interessierte Bundesländer haben damit die Möglichkeit, die Investitionsförderung von Krankenhäusern im DRG-Entgeltbereich in einem landesindividuell festzulegenden Umfang leistungsorientiert und pauschalierend durchzuführen.

2 Methodischer Ansatz

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

Im Folgenden werden die Eckpunkte des methodischen Ansatzes vorgestellt.

2.1 Leistungsorientierung

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

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

Die Datenlieferung der Krankenhäuser gem. § 21 Absatz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) enthält je Patient Informationen zu Diagnosen und während der Behandlung durchgeführten Leistungen (Prozeduren). Die Dokumentation erfolgt auf der Grundlage der jeweils gültigen ICD- und OPS-Klassifikationen unter Beachtung der Deutschen Kodierrichtlinien. Soweit ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen einer Behandlungsleistung und der dafür eingesetzten Anlagenausstattung herstellbar ist, bewirkt die im Falldatensatz dokumentierte Leistung (OPS-Kode) die anteilige Zurechnung von Investitionskosten entsprechend dem Umfang der Inanspruchnahme.

Ergänzend dazu stellt die Information, dass ein Patient während seines Krankenhausaufenthalts in einem bestimmten Leistungsbereich versorgt wurde, ebenfalls einen Hinweis auf eine Leistungserstellung in diesem Bereich dar. Somit können fallbezogene Angaben zu den an einer Krankenhausbehandlung beteiligten Leistungsbereichen (z.B. Intensivpflege, Endoskopie, Radiologie) für diejenigen Teile der Ausstattung, für die kein spezifischer Leistungsbezug erkennbar ist, als Kriterium für eine anteilige Zurechnung von Investitionskosten herangezogen werden. Da die patientenfernen Bereiche im Krankenhaus eine allgemeine Funktion für die Patientenversorgung übernehmen, werden die dort angefallenen Investitionskosten allen Patienten des Krankenhauses gleichermaßen zugerechnet.

2.2 Investitionskosten

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

Der Investitionsbedarf beschreibt den für das Leistungsprogramm eines Krankenhauses erforderlichen Ausstattungsumfang (u.a. Gebäude, medizintechnische Apparate, betriebstechnische Anlagen). Der heranzuziehende Kostenumfang muss mit den Bestimmungen des KHG zum Förderumfang der Investitionen übereinstimmen. Auf dieser Grundlage besitzen für die Kalkulation der Investitionskosten alle diejenigen Maßnahmen und ihre Kosten Relevanz, die ihrer Art nach förderfähig im Sinne des KHG sind. Das sind grundsätzlich Investitionen in Bereichen des Krankenhauses, die der stationären Krankenversorgung dienen und nicht ausdrücklich aus der Förderung ausgenommen werden. Ob und in welchem Umfang für eine förderfähige Investitionsmaßnahme tatsächlich Fördermittel gewährt wurden, ist für die Kalkulationsrelevanz der Maßnahme ohne Belang.

Als Basis der Berechnung sollen vereinbarungsgemäß die gesamten Anschaffungs- und Herstellungskosten (AHK) für die im Krankenhaus vorhandenen Anlagegüter mit einem Anschaffungsdatum nicht älter als sieben Jahre zum Zeitpunkt der Kalkulation dienen. Die Ableitung des jährlichen Investitionsbedarfs soll unter Berücksichtigung der spezifischen wirtschaftlichen Nutzungsdauer erfolgen.

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

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

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

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

2.3 Modulare Kostengliederung

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

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

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

Die Anschaffungs- und Herstellungskosten eines Anlageguts werden bei der Anschaffung einem Anlagenkonto innerhalb des von der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) vorgegebenen Kontenrahmens zugeordnet. Darauf aufbauend gibt das Kalkulationshandbuch für die Zwecke der Investitionskostenkalkulation eine deutlich weitergehende Differenzierung der Anlagenkonten vor, um die verschiedenen Ausstattungsgegenstände im Krankenhaus nach ihrer Art bzw. Funktion unterscheiden und dabei ihre unterschiedliche Nutzungsdauer berücksichtigen zu können. Mit der Kontendifferenzierung wird sowohl das Ziel eines möglichst präzisen Kalkulationsergebnisses unterstützt als auch dem den Krankenhäusern entstehenden Arbeitsaufwand Rechnung

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

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

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

2.4 Fallbezug und Kostenbewertung je Entgelt

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

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

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

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

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

3 Erhebung von Kostendaten

Die für die Kalkulation benötigten Daten sind gem. § 10 Absatz 2 KHG in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern zu erheben. Die Krankenhäuser sind aufgerufen, sich auf freiwilliger Basis an der Datenerhebung zu beteiligen und Daten zu realisierten Investitionsmaßnahmen zu übermitteln. Den gesetzlichen Vorgaben zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation folgend, wurden erstmals für das Datenjahr 2017 auch Krankenhäuser im Losverfahren für eine (temporäre) verpflichtende Datenbereitstellung gezogen. Die Verpflichtung zur Datenlieferung der gezogenen Krankenhäuser endete mit Übermittlung der Kalkulationsdaten des Datenjahres 2021. Für das Datenjahr 2022 haben elf der 40 gezogenen Krankenhäuser auf freiwilliger Basis weiter an der Kostendatenerhebung teilgenommen.

3.1 Beteiligung

Für die Kalkulation der Investitionskosten für 2024 haben 64 Krankenhäuser auf freiwilliger Basis während der Datenlieferungsphase zwischen dem 31. Juli und dem 15. September 2023 Kalkulationsdaten an das InEK übermittelt. Die Teilnehmerzahl und der übermittelte Datenumfang liegen – bedingt durch das Auslaufen der verpflichtenden Teilnahme – auf einem niedrigeren Niveau als im Vorjahr.

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

Kalkulationskrankenhäuser (Anzahl)	Gesamt (DJ 2022)	Vorjahr (DJ 2021)
Mit erfolgter Datenlieferung	64	89
• davon für Entgeltbereich DRG	53	68
• davon für Entgeltbereich PSY	27	44
○ davon Teilnahme DRG-/PEPP-Kalkulation	46	52
○ davon Teilnahme nur IBR-Kalkulation	18	37

Tabelle 1: Kalkulationskrankenhäuser der IBR-Datenerhebung, Datenjahr 2022

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. 33%). 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	4
Niedersachsen	6
Nordrhein-Westfalen	21
Rheinland-Pfalz	2
Saarland	1
Sachsen	2
Sachsen-Anhalt	1
Schleswig-Holstein	2
Thüringen	2
Gesamt	64

Tabelle 2: Zusammensetzung der Datenerhebung nach dem Bundesland, Datenjahr 2022

Die folgende Tabelle 3 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebung nach der Trägerschaft der Krankenhäuser. Darunter befindet sich eine Universitätsklinik. Durch das Auslaufen der verpflichtenden Kalkulationsteilnahme ging der Anteil von Krankenhäusern in privater Trägerschaft in der Stichprobe deutlich zurück.

Trägerschaft	Anzahl Krankenhäuser (DJ 2022)	Anzahl Krankenhäuser Vorjahr (DJ 2021)
Frei-gemeinnützig	30	34
Öffentlich	28	27
davon Universitätskliniken	1	1
Privat	6	28
davon Universitätskliniken	0	2

Tabelle 3: Zusammensetzung der Datenerhebung nach der Trägerschaft, Datenjahr 2022

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 2024 gilt das Datenjahr 2022).
- Die Kosten müssen mit Investitionsmaßnahmen in Verbindung stehen, die innerhalb des für die Erhebung gültigen Kalkulationszeitraums durchgeführt wurden. Der für die Kalkulation für 2024 gültige Kalkulationszeitraum umfasst die Jahre 2016 bis 2022. 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 krankenhausbefugenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem eigenständigen Report. Auf Grundlage der Reporte haben die Krankenhäuser die Kalkulationsdatensätze überarbeitet und erneut an das InEK übermittelt. Mehrheitlich wurden in Absprache mit dem InEK mehrere Korrekturlieferungen bis zum Erreichen der erforderlichen Datenqualität durchgeführt. Alternativ zu einer Korrekturlieferung von Datensätzen konnte das Kalkulationskrankenhaus plausible, krankenhausbefugene 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 krankenhausbefugene 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 Auswirkungen der geringeren Auslastung durch den Fallzahlrückgang wurden dabei berücksichtigt. 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	110
Leistungsmenge fehlt oder falsch mit erheblichen Auswirkungen auf die Kostensatzberechnung (fehlerhafte Fallauswahl des KH)	25
Fehlerhafte Kostenübermittlung (Kennzeichnung Miete/AHK)	5
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 2022

4 Kalkulationsdatenbasis

Die für die IBR-Berechnung benötigten Daten setzen sich aus den auf der Krankenhausebene übermittelten Kosteninformationen (Kostendatensätze) und den fallbezogenen Leistungsdaten (Falldatensätze) zusammen. Die Kostendaten durchlaufen im Zuge der Aufbereitung der Kalkulationsdatenbasis verschiedene Schritte der Bereinigung, Korrektur und Ergänzung und sind anschließend in einen Bezug zu einzelnen Behandlungsfällen zu setzen. Ausgehend von den 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 Elektrokonvulsionstherapie.

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

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

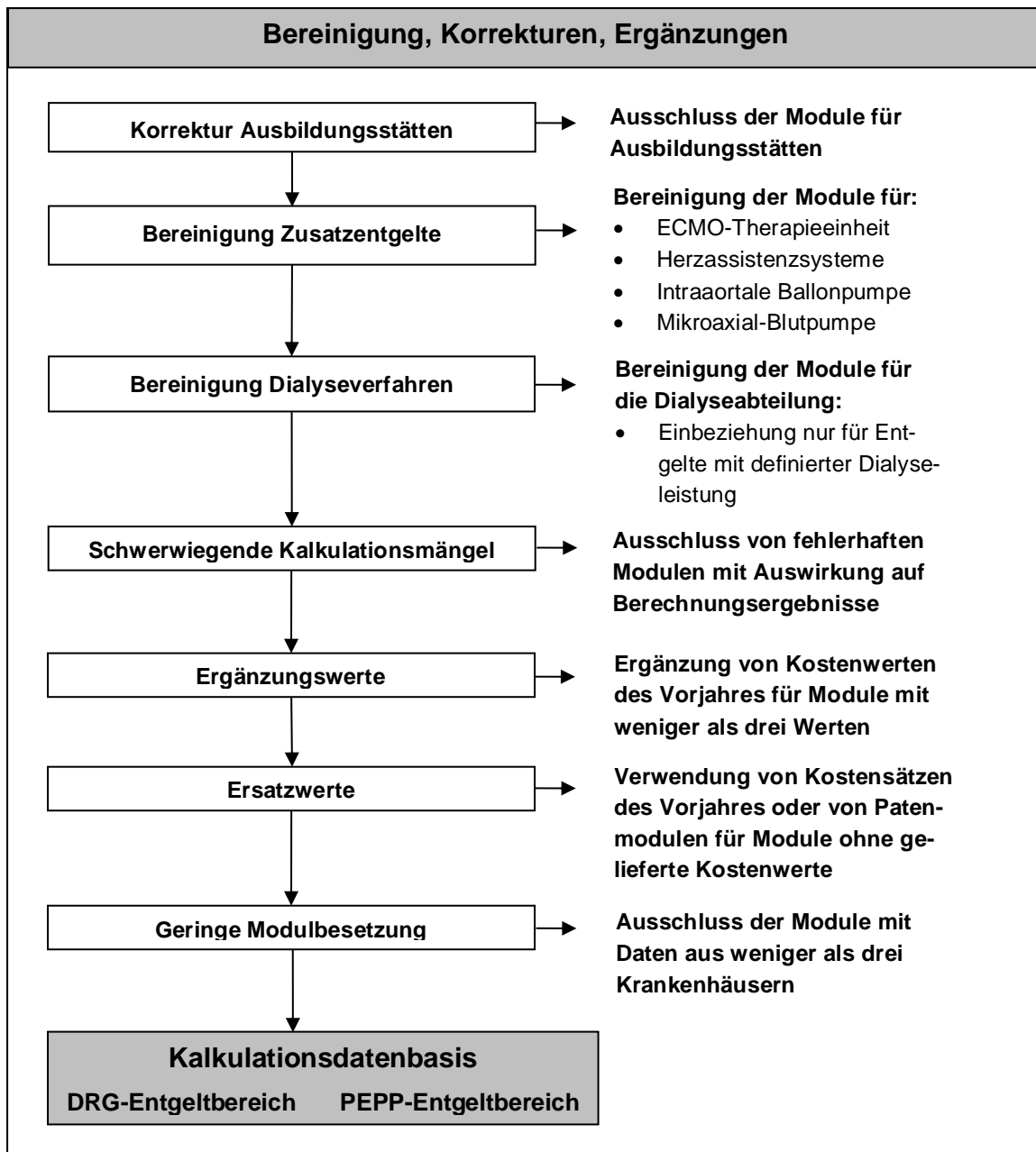


Abbildung 1: Übersicht Prozess – Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

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

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

4.1.2 Ergänzungs- und Ersatzwerte

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

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

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

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

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

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

4.1.3 Datenbasis nach Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

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

Datenaufbereitung	Anzahl Module
Ausbildungsstätten	2
Zusatzentgelte	24
Geringe Modulbesetzung	132
Ergänzungs- und Ersatzwerte	116

Tabelle 5: Module mit Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen, Datenjahr 2022

Die Angaben in der Spalte „Anzahl Module“ beziehen sich auf die für die Kalkulation für 2024 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	1.674
Anzahl Fälle	19.467.255

Tabelle 6: Umfang der Datenlieferung gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG, Datenjahr 2022 (Stand: 31. Mai 2023)

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	64
Anzahl Modulkostenwerte	2.260
Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge)	945.091

Tabelle 7: Umfang der IBR-Datenerhebung, Datenjahr 2022

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

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

Fälle der DRG- bzw. PEPP-Kalkulation

Für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen diente die Menge der für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems verwendeten Kalkulationsfälle als Ausgangspunkt für die Bewertung mit Investitionskosten. Die aus den Datenlieferungen für das Datenjahr 2022 zur Verfügung stehenden Fallmengen gibt Tabelle 8 wieder.

Kriterium	DRG-Kalkulation	PEPP-Kalkulation
Anzahl Krankenhäuser	210	103
Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge)	3.479.455	245.333

Tabelle 8: Umfang der Datenlieferung: Datenstand nach Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen, Datenjahr 2022

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 2024 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:

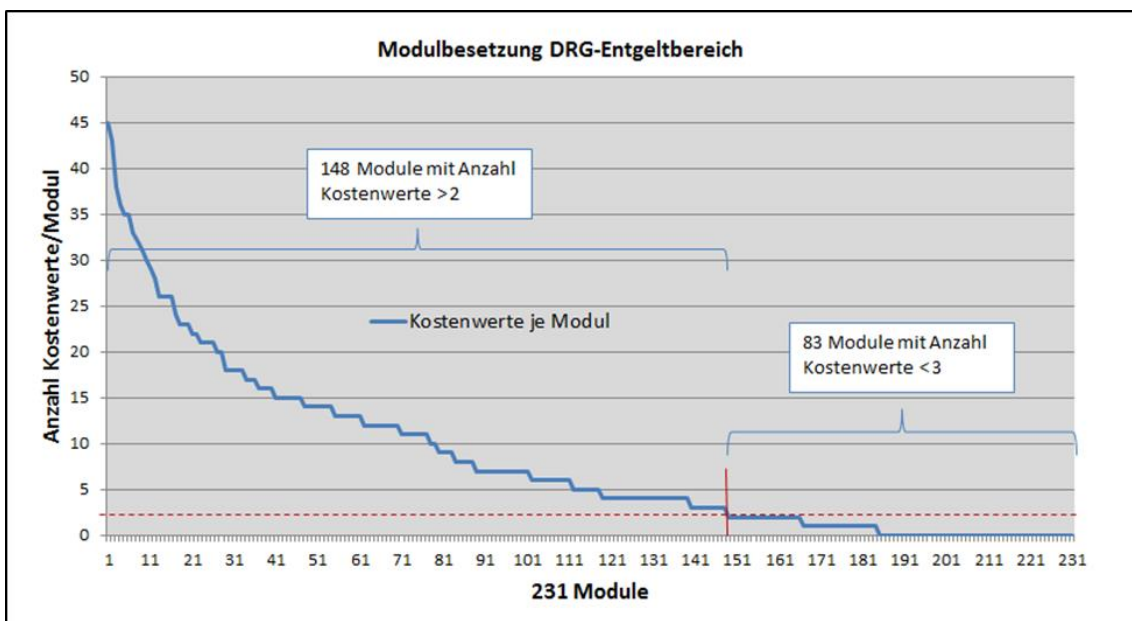


Abbildung 2: DRG-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module, Datenjahr 2022

Für 148 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 83 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	47
Module mit 1 Kostenwert	18
Module mit 2 Kostenwerten	18
Gesamt von 231	83

Tabelle 9: DRG-Entgeltbereich: Module mit weniger als drei akzeptierten Modulwerten, Datenjahr 2022

Für die Module mit weniger als drei vorliegenden Kostenwerten wurde die Verwendung von Ergänzungs- oder Ersatzwerten geprüft. Im Ergebnis konnte für insgesamt 72 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 75 von den KH gelieferte Kostenwerte	29
Ersatzwerte Vorjahre/Datenjahr Modulkostensätze für dasselbe Modul	34
Ersatzwerte Vorjahre/Datenjahr Modulkostensätze eines Patenmoduls	9

Tabelle 10: DRG-Entgeltbereich: Verwendung von Ergänzungs- und Ersatzkostenwerten, Datenjahr 2022

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	83
zugl. Module mit Ergänzungs-/Ersatzkostenwerten	72
Für Kalkulation verwendbare Module	220
Saldo: fehlende Module	11

Tabelle 11: DRG-Entgeltbereich: Für IBR-Berechnung benötigte und verwendbare Module, Datenjahr 2022

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

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

Zu den 220 für die Berechnung verwendeten Modulen zählten auch 13 Module der Basis-Kostenstellengruppe 30, die die Kostenstellen des patientenfernen Bereichs (z.B. Verwaltung, Betriebstechnik) eines Krankenhauses zusammenfasst. Dieser Bereich ist in den einzelnen Krankenhäusern individuell strukturiert und heterogen zusammengesetzt, der dort vorhandene Anlagenbestand kann einen großen Umfang erreichen. Daher wurde der überwiegende Teil der Daten auf der Kostenstellenebene übermittelt, weshalb der erreichte Grad an Vollständigkeit der Anlagenausstattung – bezogen auf den Gesamtumfang der Ausstattung in einem gedachten „idealen“ Krankenhaus – für diese Module nicht sicher bestimmbar war. Wie auch in den zurückliegenden Jahren konnte in der diesjährigen Kalkulationsrunde nur für wenige Kostenwerte eine vollständige Neubeschaffung der Anlagenausstattung auf der Modulebene innerhalb des Kalkulationszeitraums festgestellt werden.

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

MoID	Modul			Anzahl Kostenwerte DJ 22		inkl. Erg./Ersatz aus Vorjahren
	KST-Gruppe	Anlagenkonto	Kontobezeichnung	Vollständige Module	Nicht vollständige Module	Vollständige Module inkl. Erg./Ersatz
327	30	1100000	Betriebsbauten	0	18	3
328	30	1200000	Außenanlagen	1	11	4
331	30	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	0	15	3
332	30	6300000	Techn. Anl. Außenanlagen	0	5	0
333	30	7001010	Basis 5J	0	29	4
334	30	7001020	Basis 10J	0	35	3
335	30	7001030	Basis 15J	0	17	3
336	30	7001040	Mobiliar	0	36	4
337	30	7001050	DV-PC/Endgeräte	1	42	4
338	30	7001060	DV-Anlagen	6	32	6
339	30	7002010	Med. Stationsausst.	0	23	3
340	30	7002020	Patientenbetten/-liegen	0	0	3
342	30	9020000	Software (fremd)	4	41	4
Gesamt				12	304	

Tabelle 12: Datenbasis für Module der Basis-Kostenstellengruppe 30, Datenjahr 2022

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.

4.3.2 Fehlende Daten

Die Krankenhäuser der IBR-Stichprobe bereiten Kostendaten für die innerhalb des gültigen Kalkulationszeitraums vorgenommenen Investitionen auf. Die übermittelten Daten bilden daher in der Regel einen Ausschnitt der gesamten Anlagenausstattung ab. In Abhängigkeit vom Umfang dieser Investitionen und der Anzahl der Krankenhäuser in der Stichprobe kann im Ergebnis der Datenerhebung bei einzelnen Investitionskostensmodulen eine zu geringe Anzahl an Kostenwerten vorliegen oder auch eine Lieferung von Kosten ausbleiben. Die Verwendung von Ergänzungs- oder Ersatzwerten kann eine mögliche Datenlücke zumindest verringern. Für die 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 2024 konnten für elf Module keine Kosten in die IBR-Berechnung einbezogen werden, da die Anzahl der gelieferten Kostenwerte nicht ausreichte und keine geeigneten Ergänzungs- oder Ersatzwerte zur Verfügung standen. Tabelle 13 stellt die betreffenden Module in der Übersicht dar:

KoStGr	KoStGr Bezeichnung	Anl.-Konto	Anl.-Konto Bezeichnung	Inhalt / Bedeutung
2	Intensivstation	7001030	Basis-Ausstattung 15J	Anlagegüter mit einer vom KH festgelegten Nutzungsdauer zw. 10 und 15 Jahren ("Reste"-Konto: Ziel ist eine möglichst geringfügige Modulzuordnung); nur sehr geringer Umfang in Frage kommender Ausstattung (z.B. Personenwaage); betrifft grds. alle Fälle eines Leistungsbereichs
4	OP-Bereich	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
5	Anästhesie	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
6	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 2022

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 2024 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:

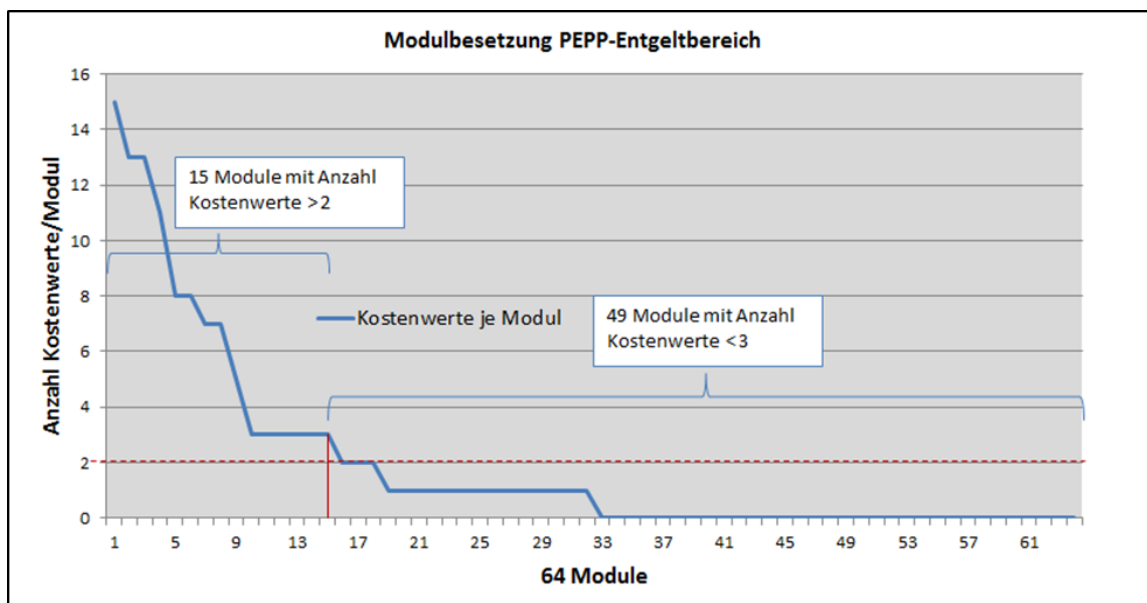


Abbildung 3: PEPP-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module, Datenjahr 2022

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	32
Module mit 1 Kostenwert	14
Module mit 2 Kostenwerten	3
Gesamt von 64	49

Tabelle 14: PEPP-Entgeltbereich: Module mit weniger als drei akzeptierten Modulwerten, Datenjahr 2022

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 55 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 2022

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 Einchluss 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 2022

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 2024 konnten für 5 der im PEPP-Entgeltbereich benötigten Module keine Kosten in die IBR-Berechnung einbezogen werden, da die Anzahl der gelie-

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

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

Tabelle 17: Datenbasis PEPP-Entgeltbereich: Module ohne Kosten für die IBR-Berechnung, Datenjahr 2022

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 2024

Die Investitionsbewertungsrelationen für die Entgelte des aG-DRG-Systems 2024 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 2024 enthält wie bereits im Vorjahr für jedes Entgelt eine fallbezogene und eine tagesbezogene Bewertungsrelation. Die effektive Bewertungsrelation ist individuell für jeden einzelnen vollstationären Fall wie folgt zu ermitteln:

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

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

Analog zum Verfahren der Berechnung der Bewertungsrelationen für das aG-DRG-System wurde zur Kompensation abweichender Häufigkeitsverteilungen der DRGs in den betrachteten Fallgesamtheiten die Bezugsgröße zur Ableitung der Investitionsbewertungsrelationen auf Basis der tatsächlichen in den Daten gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG vorliegenden Fallzahl bestimmt. Das Verfahren zur Bestimmung der Bezugsgröße wird in Kapitel 5.1.3 erläutert.

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

5.1.2 Bewertung von Zusatzentgelten im aG-DRG-System 2024

Von den im aG-DRG-System 2024 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 2024 die Zusatzentgelte mit Leistungen unter Einsatz einer Intraaortalen Ballonpumpe (IABP) und von Verfahren der Extrakorporalen Membranoxygenation (ECMO) bewertet werden.

5.1.3 IBR-Bezugsgröße (DRG)

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

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

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

Für die Bestimmung der für diese Normierung erforderlichen Bezugsgröße wurde die Bewertung der einzelnen Fälle (Fallmenge der Datenerhebung gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG) aufsummiert. Die Bezugsgröße für die Normierung wurde so bestimmt, dass die folgende Bedingung für die Gesamtheit der vollstationären Fälle im DRG-Entgeltbereich erfüllt ist:

Summe der Bewertungsrelationen = Fallzahl der Datenerhebung gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG

bzw. $\text{Summe der Bewertungsrelationen} / \text{Fallzahl} = 1,0$

Auf dieser Grundlage beträgt für das Jahr 2024 die für den DRG-Entgeltbereich verwendete Bezugsgröße als mittlere Investitionskosten je Fall 379,49 € (Vorjahr: 396,54 €).

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. Durch das Auslaufen der verpflichtenden Teilnahme an der IBR-Kalkulation fallen 27 ehemals verpflichtete Krankenhäuser – überwiegend in privater Trägerschaft – mit ihren Investi-

tionsprojekten aus der Kalkulationsstichprobe heraus. Dadurch wurde die Datenbasis bei einigen Modulen deutlich reduziert. Ein weiterer Einfluss resultiert aus dem Fallzahlrückgang in den Krankenhäusern. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Fallzahl gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG zwar leicht erhöht (+ 0,1%) – die Fallzahl im aktuellen Datenjahr lag aber weiterhin deutlich unter dem „Vor-Corona-Niveau“.

5.2 Investitionsbewertungsrelationen (PEPP-Entgeltbereich)

5.2.1 Bewertungsrelationen für das PEPP-System 2024

Die Investitionsbewertungsrelationen für die Entgelte des PEPP-Systems 2024 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 2024 definierten Zusatzentgelten (ZP) kamen für die Berechnung einer Investitionsbewertungsrelation diejenigen Leistungen in Frage, deren Erbringung den Einsatz spezieller Anlagenausstattung erfordert. Für die Elektrokonvulsionstherapie standen geeignete Daten zur Verfügung, sodass diese Leistung erneut bewertet werden konnte. Für das Zusatzentgelt für die Strahlentherapie konnte jedoch keine Bewertungsrelation berechnet werden. Dieses Zusatzentgelt fasst ein sehr heterogenes Leistungsspektrum zusammen, das mit den zur Verfügung stehenden Daten nicht ausreichend differenziert bewertbar war.

5.2.2 IBR-Bezugsgröße (PEPP)

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

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

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

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

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

Auf dieser Grundlage beträgt für das Jahr 2024 die für den PEPP-Entgeltbereich verwendete Bezugsgröße als mittlere Investitionskosten je Berechnungstag 22,75 € (Vorjahr: 24,49 €).

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. Durch das Auslaufen der verpflichtenden Teilnahme an der IBR-Kalkulation fallen ehemals verpflichtete Krankenhäuser – überwiegend in privater Trägerschaft – mit ihren Investitionsprojekten aus der Kalkulationsstichprobe heraus. Dadurch wurde die Datenbasis bei einigen Modulen deutlich reduziert – für die Kalkulation für 2024 mussten daher mehr Ersatz- und Ergänzungswerte herangezogen werden als im Vorjahr. Ein weiterer Einfluss resultiert aus dem Fallzahlrückgang in den Krankenhäusern. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Fallzahl gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG zwar um 3,1% an; sie lag aber immer noch unter dem „Vor-Corona-Niveau“.

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

6 Weiterentwicklung

Mit den Investitionsbewertungsrelationen steht ein Instrument zur Verfügung, das den Umfang der Investitionsförderung unmittelbar mit dem stationären Leistungsgeschehen im Krankenhaus verknüpft. Seit einigen Jahren liegen nun Erfahrungen in der Durchführung der Datenerhebung und Berechnung der Bewertungsrelationen sowie in einzelnen Bundesländern auch in der Anwendung zur Investitionsförderung der Krankenhäuser vor.

Beteiligung an der Datenerhebung

Die Verpflichtung zur Datenlieferung endete für die im Jahr 2017 ausgelosten Krankenhäuser mit der letztjährigen Datenlieferung. Auch wenn elf Krankenhäuser weiterhin freiwillig an der Kalkulation teilzunehmen hat sich der Stichprobenumfang – insbesondere bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft – deutlich reduziert. Nach 2017 wurden keine weiteren Krankenhäuser für die verpflichtende Teilnahme an der Investitionskostenkalkulation ausgelost. Damit besteht seit dem Datenjahr 2022 die Kalkulationsstichprobe wieder ausschließlich aus freiwillig an der Kostenerhebung teilnehmenden Krankenhäusern.

Für das Datenjahr 2022 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 gezielt Daten weiterer Kalkulationsteilnehmer gewonnen werden sollten.

Datenaufbereitung

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

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

Anhang

Übersicht

Tabelle A-1-1:

Module mit Verwendung von Ergänzungswerten aus Datenerhebungen der Vorjahre

Tabelle A-1-2:

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

Tabelle A-2-1:

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

Tabelle A-2-2:

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

Tabelle A-1-1:

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

DRG-Entgeltbereich

Module				Anzahl Kostenwerte	Herkunft Datenjahr
KoStGr	KoStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung		
1	Normalstation	7006080	Spezial-MT Augenheilkunde	4	2021
1	Normalstation	7006090	Spezial-MT HNO	5	2021
1	Normalstation	7006100	Spezial-MT Urologie	4	2021
3	Dialyseabteilung	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	3	2019
3	Dialyseabteilung	7001020	Basis 10J	1	2016
3	Dialyseabteilung	7001050	DV-PC/Endgeräte	1	2021
3	Dialyseabteilung	7002030	Infusionspumpen	1	2021
4	OP-Bereich	7006080	Spezial-MT Augenheilkunde	1	2021
4	OP-Bereich	7006090	Spezial-MT HNO	5	2021
6	Kreißaal	7001050	DV-PC/Endgeräte	2	2020
6	Kreißaal	7002030	Infusionspumpen	1	2021
7	Kardiologische Diagnostik/Therapie	7001060	DV-Anlagen	3	2021
8	Endoskopische Diagnostik/Therapie	7002030	Infusionspumpen	2	2021
8	Endoskopische Diagnostik/Therapie	7006040	OP-Besteck	2	2020, 2019
9	Radiologie	7001020	Basis 10J	2	2021, 2019
9	Radiologie	7002030	Infusionspumpen	1	2021
9	Radiologie	7011050	Nuklearmed. Gerätesysteme	5	2021
9	Radiologie	7011060	Nuklearmed. SPECT	2	2021, 2020
9	Radiologie	7011090	Strahlenther. - Beschleuniger	1	2021
9	Radiologie	7011100	Strahlenther. - Behandlungsger.	2	2021
10	Laboratorien	7001060	DV-Anlagen	2	2021, 2020
11	Diagnostische Bereiche	7001010	Basis 5J	2	2021
8	Endoskopische Diagnostik/Therapie	7011030	Angiographiegerät	2	2021, 2019
12	Therapeutische Verfahren	7001010	Basis 5J	1	2020
12	Therapeutische Verfahren	7002010	Med. Stationsausst.	3	2021
12	Therapeutische Verfahren	7002020	Patientenbetten/-liegen	1	2021
12	Therapeutische Verfahren	7002070	Tisch/Stuhl - Unters./Interv.	2	2020
13	Patientenaufnahme	7002060	Beatmung	5	2021
13	Patientenaufnahme	7006060	Deckenversorgung/OP-Leuchten	6	2021

PEPP-Entgeltbereich

Module				Anzahl Kostenwerte	Herkunft Datenjahr
KoStGr	KoStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung		
21	Station - Regelbehandlung	7001030	Basis 15J	4	2021
21	Station - Regelbehandlung	7002030	Infusionspumpen	2	2021
22	Station - Intensivbehandlung	1100000	Betriebsbauten	7	2021
22	Station - Intensivbehandlung	7001050	DV-PC/Endgeräte	4	2021
22	Station - Intensivbehandlung	7002020	Patientenbetten/-liegen	4	2021
22	Station - Intensivbehandlung	7002050	Funktionsdiagnostik	3	2021
22	Station - Intensivbehandlung	9020000	Software (fremd)	5	2021
23	Psychotherapie	1100000	Betriebsbauten	3	2021
23	Psychotherapie	7001010	Basis 5J	2	2021, 2017
23	Psychotherapie	7001040	Mobiliar	1	2021
24	Physikalische Therapie	7001050	DV-PC/Endgeräte	3	2021, 2018
24	Physikalische Therapie	7013010	Med. Ausstattung Therapiegeräte	5	2021
25	Ergotherapie	7001010	Basis 5J	4	2021
25	Ergotherapie	7001050	DV-PC/Endgeräte	6	2021
26	Andere Therapie	7014010	Spezial-MT Psychotherapie	2	2021, 2018

Tabelle A-1-2:

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

DRG-Entgeltbereich

Module				Herkunft Datenjahr	Herkunft Modul	Bemerkung
KoStGr	KoStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung			
1	Normalstation	6010000	Techn. Anl. Nuklearmedizin	2016	1_06010000	
3	Dialyse	7001010	Basis 5J	2017	3_07001010	
3	Dialyse	7001030	Basis 15J	2021	3_07001030	
3	Dialyseabteilung	7002010	Med. Stationsausst.	2021	3_07002010	
4	OP-Bereich	7001010	Basis 5J	2021	4_07001010	
4	OP-Bereich	7006010	Herz-Lungen-Maschine	2021	4_07006010	
4	OP-Bereich	7011100	Strahlenther. - Behandlungsger.	2018	4_07011100	
5	Anästhesie	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2022	13_06000000	Patenmodul
5	Anästhesie	7001010	Basis 5J	2018	5_07001010	
5	Anästhesie	7001020	Basis 10J	2021	5_07001020	
6	Kreißaal	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2022	13_06000000	Patenmodul
6	Kreißaal	7001010	Basis 5J	2017	8_07001010	Patenmodul
6	Kreißaal	7001020	Basis 10J	2019	6_07001020	
7	Kardiologische Diag./Ther.	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2021	7_06000000	
7	Kardiologische Diag./Ther.	7001010	Basis 5J	2021	7_07001010	
7	Kardiologische Diag./Ther.	7001020	Basis 10J	2021	7_07001020	
7	Kardiologische Diag./Ther.	7002070	Tisch/Stuhl - Unters./Interv.	2021	7_07002070	
7	Kardiologische Diag./Ther.	7006040	OP-Besteck	2021	7_07006040	
7	Kardiologische Diag./Ther.	7006060	Deckenversorgung/OP-Leuchten	2021	7_07006060	
8	Endoskop. Diag./Ther.	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2022	13_06000000	Patenmodul
8	Endoskop. Diag./Ther.	7001010	Basis 5J	2017	8_07001010	
8	Endoskop. Diag./Ther.	7001020	Basis 10J	2021	8_07001020	
9	Radiologie	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2021	9_06000000	
9	Radiologie	7002020	Patientenbetten/-liegen	2019	9_07002020	
9	Radiologie	7011070	Nuklearmed. PET	2019	9_07011070	
10	Laboratorien	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2020	10_06000000	
11	Diagnost. Bereiche	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2022	13_06000000	Patenmodul
11	Diagnostische Bereiche	7001020	Basis 10J	2021	11_07001020	
11	Diagnostische Bereiche	7002030	Infusionspumpen	2022	1_07002030	Patenmodul
11	Diagnost. Bereiche	7006090	Spezial-MT HNO	2020	11_07006090	
11	Diagnostische Bereiche	7006110	Spezial-MT Zahnheilkunde	2017	11_07006110	
8	Endoskop. Diag./Ther.	7011030	Angiographiegerät	2022	8_07011030	
11	Diagnostische Bereiche	7006060	Deckenversorgung/OP-Leuchten	2021	11_07006060	
12	Therapeutische Verfahren	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2022	13_06000000	Patenmodul
12	Therapeutische Verfahren	7001020	Basis 10J	2021	12_07001020	
12	Therapeutische Verfahren	7002030	Infusionspumpen	2022	1_07002030	Patenmodul
12	Therapeutische Verfahren	7002040	Patientenmonitoring	2019	12_07002040	
12	Therapeutische Verfahren	7006060	Deckenversorgung/OP-Leuchten	2022	11_07006060	Patenmodul
13	Patientenaufnahme	7001010	Basis 5J	2021	13_07001010	
13	Patientenaufnahme	7001020	Basis 10J	2021	13_07001020	
13	Patientenaufnahme	7002030	Infusionspumpen	2021	13_07002030	
13	Patientenaufnahme	7002070	Tisch/Stuhl - Unters./Interv.	2021	13_07002070	

PEPP-Entgeltbereich

Module				Herkunft Datenjahr	Herkunft Modul	Bemerkung
KoStGr	KoStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung			
21	Station - Regelbehandlung	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2021	21_06000000	
22	Station Intensivbeh.	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2019	22_06000000	
22	Station - Intensivbehandlung	7001010	Basis 5J	2021	22_07001010	
22	Station - Intensivbehandlung	7001020	Basis 10J	2021	22_07001020	
22	Station - Intensivbehandlung	7001040	Mobiliar	2021	22_07001040	
22	Station Intensivbeh.	7002030	Infusionspumpen	2021	22_07002030	
22	Station - Intensivbehandlung	7002040	Patientenmonitoring	2021	22_07002040	
23	Psychotherapie	7001020	Basis 10J	2019	23_07001020	
23	Psychotherapie	7001050	DV-PC/Endgeräte	2021	23_07001050	
23	Psychotherapie	7002010	Med. Stationsausst.	2018	23_07002010	
23	Psychotherapie	7002020	Patientenbetten/-liegen	2018	23_07002020	
23	Psychotherapie	7014010	Spezial-MT Psychotherapie	2021	23_07014010	
23	Psychotherapie	9020000	Software (fremd)	2017	23_09020000	
24	Physikalische Ther.	1100000	Betriebsbauten	2021	24_01100000	
24	Physikalische Ther.	7001010	Basis 5J	2022	25_07001010	Patenmodul
24	Physikalische Ther.	7001020	Basis 10J	2022	25_07001010	Patenmodul
24	Physikalische Ther.	7001040	Mobiliar	2021	24_07001040	
24	Physikalische Ther.	7002010	Med. Stationsausst.	2018	23_07002010	Patenmodul
24	Physikalische Ther.	7002020	Patientenbetten/-liegen	2021	24_07002020	
24	Physikalische Ther.	9020000	Software (fremd)	2017	23_09020000	Patenmodul
25	Ergotherapie	9020000	Software (fremd)	2017	23_09020000	Patenmodul
26	Andere Therapie	1100000	Betriebsbauten	2022	23_01100000	Patenmodul
26	Andere Therapie	7001010	Basis 5J	2022	23_07001010	Patenmodul
26	Andere Therapie	7001020	Basis 10J	2019	23_07001020	Patenmodul
26	Andere Therapie	7001040	Mobiliar	2022	23_07001040	Patenmodul
26	Andere Therapie	7001050	DV-PC/Endgeräte	2022	23_07001050	Patenmodul
26	Andere Therapie	7002010	Med. Stationsausst.	2021	26_07002010	
26	Andere Therapie	7002020	Patientenbetten/-liegen	2018	23_07002020	Patenmodul
26	Andere Therapie	9020000	Software (fremd)	2017	23_09020000	Patenmodul

Tabelle A-2:

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

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation		4.369	189	5,522	0,117
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.		2.797	193	3,692	0,090
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nie- rentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.		1.947	192	2,846	0,082
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas		2.468	169	3,808	0,094
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden		6.304	191	7,437	0,125
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden		2.285	188	3,466	0,082
A04A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	x	5.166	150		
A04B	Knochenmarktranspl. / Stammzelltransf., allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe best. Stammzellen od. Alt. < 18 J., mit best. Entnahme od. Stammzellboost od. intensivmed. Komplexbeh. > 2058 / - / - P.		4.925	192	1,664	0,136
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.		3.415	191	1,376	0,117
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		2.879	195	0,998	0,141
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom		2.436	197	0,940	0,144
A05Z	Herztransplantation		4.723	194	4,966	0,084
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 7360 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff		16.906	196	13,953	0,193
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbe- handlung > 2940 / 5520 / 7360 Aufwandspunkte		12.666	209	11,047	0,203
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Poly- trauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte		11.623	185	8,076	0,198
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.		10.621	212	11,037	0,172
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.		8.667	202	7,333	0,191
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplex- beh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 17 Jahre oder mit in- tensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2760 Punkte		7.274	200	6,141	0,196
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytra- ma, Alter > 17 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1380 / 2484 und < 2353 / 1933 / 2761 Aufwandspunkte, mit kom- plexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		7.927	187	6,128	0,189

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Beatmung > 1799 Stunden		7.804	187	5,627	0,200
A07F	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden		6.938	188	4,962	0,203
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		7.063	214	7,164	0,155
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.		5.169	202	4,985	0,172
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		4.347	215	4,080	0,189
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		4.340	196	3,515	0,188
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		4.153	195	3,347	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		3.739	192	2,840	0,193
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.		5.585	201	5,968	0,146
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder best. Eingriff und best. intensivmed. Komplexbeh. oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung		4.323	197	4,683	0,152
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder komplizierende Konstellation		3.276	213	4,373	0,160
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.		2.915	202	2,861	0,170
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		2.535	214	2,292	0,173
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	210	2,448	0,158
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		2.368	191	1,892	0,172
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		2.256	191	1,696	0,168
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		3.526	202	3,718	0,142

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.		2.500	215	3,566	0,122
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation		2.662	213	2,983	0,128
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		2.031	202	2,499	0,126
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		1.756	213	1,692	0,140
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		1.325	198	1,300	0,156
A13G	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit auß. schw. CC		1.361	190	1,254	0,134
A13H	Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose oder Proz., ohne auß. schw. CC		1.124	198	1,006	0,155
A15A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	x	2.646	118		
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 18 Jahre oder bestimmte Entnahme oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte		1.350	173	0,540	0,099
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		942	193	0,458	0,079
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme		676	192	0,307	0,074
A16A	Transplantation von Darm oder Pankreas	x	2.066	144		
A16B	Injektion von Pankreasgewebe	x				
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder ABO-inkompatible Transplantation oder schwerste CC		1.673	195	2,187	0,083
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne ABO-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC		1.194	193	1,668	0,086
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion		12.427	196	12,251	0,169
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		3.819	214	3,029	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		2.439	215	2,050	0,118
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen		1.736	189	1,338	0,116
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre		492	192	0,313	0,060

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre oder ohne schwerste CC		321	165	0,396	0,087
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation		198	187	0,223	0,072
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom	x	4.376	186		
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		761	193	0,736	0,068
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		283	187	0,353	0,064
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		275	196	0,328	0,064
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag		106	183	0,180	0,100
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit, mehr als ein Belegungstag		1.063	188	0,588	0,105
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		286	184	0,237	0,098
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		154	183	0,190	0,098
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation		798	186	1,187	0,071
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation		560	172	0,769	0,069
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation		649	194	0,923	0,069
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation		486	190	0,998	0,074
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste		644	194	0,879	0,073
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre		2.098	194	3,504	0,084
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre		2.132	198	3,670	0,083
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur		2.981	188	5,029	0,079
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		4.302	209	8,082	0,074
B02C	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, mehr als 8 Bestr., Alter > 17 J. oder ohne best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit. od. bei NB des Nervensystems oder IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J., oh. schwerste CC		1.725	194	2,101	0,102
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		1.633	202	3,219	0,086
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren		893	197	1,317	0,095

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC		1.089	194	1,977	0,074
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC		1.137	191	1,489	0,093
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC		1.147	190	1,679	0,089
B04C	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC		546	199	0,987	0,086
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven		159	166	0,297	0,083
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose		1.328	195	2,133	0,078
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel		380	193	0,670	0,071
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	x	1.962	196	1,386	0,083
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen		854	195	1,075	0,087
B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG	x	1.717	130	3,597	0,062
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		2.351	197	4,814	0,064
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.300	187	2,774	0,065
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		749	191	1,543	0,076
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose		1.189	188	2,664	0,079
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexem Eingriff		702	197	1,333	0,073
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		655	195	0,863	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		374	196	0,671	0,074
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplexe oder bestimmte Diagnose, ohne mäßig komplexen oder komplexen Eingriff		262	204	0,505	0,078
B18A	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		1.462	197	2,188	0,074
B18B	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung oder Revision eines Ventrikelshuntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie		750	197	1,265	0,070
B18C	Andere Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung		485	170	0,825	0,076
B18D	Mäßig komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung		519	168	0,916	0,069
B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators		292	145	0,530	0,071

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B19B	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektroden-systems		310	146	0,622	0,074
B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektroden-systemen		207	162	0,379	0,071
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		1.154	209	1,925	0,097
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		1.303	213	2,616	0,086
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		901	178	1,821	0,082
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		735	196	1,293	0,088
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		551	194	0,835	0,084
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektroden-system, mit Sondenimplantation		1.854	168	4,067	0,072
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektroden-system, ohne Sondenimplantation		217	183	0,358	0,071
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		3.665	193	2,933	0,153
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		2.457	212	2,564	0,156
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		1.438	193	1,651	0,094
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		933	200	1,245	0,099
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.		808	201	1,219	0,102
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		1.051	186	0,731	0,083
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		665	157	0,321	0,065
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	x	2.220	186	0,804	0,084
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit neurologischer Komplexbehandlung oder anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bei schwerer motorischer Funktionseinschränkung		1.032	191	0,571	0,081
B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder schwerer motorischer Funktionseinschränkung		625	194	0,323	0,063

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne schwere motorische Funktionseinschränkung		564	196	0,309	0,063
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		1.567	189	0,938	0,103
B46Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	x	306	101	0,210	0,058
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage		465	183	0,225	0,059
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage		341	164	0,248	0,061
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen		496	167	0,300	0,056
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	x	480	190	0,265	0,058
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag		413	192	0,484	0,069
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag		126	135	0,223	0,110
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt		1.136	190	2,096	0,108
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	x	1.835	203	1,963	0,075
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion		300	194	0,363	0,071
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation		829	164	0,664	0,070
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation		598	186	0,510	0,072
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		193	177	0,274	0,075
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		293	193	0,403	0,074
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung		441	189	0,326	0,065
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung		315	192	0,316	0,065
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		950	138	0,652	0,066
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		314	182	0,502	0,075
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose		414	191	0,689	0,071
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose		312	190	0,391	0,063
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und äußerst schweren CC		764	175	0,681	0,090
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls > 72 Stunden		538	189	0,584	0,130
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		431	192	0,580	0,131
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		309	192	0,469	0,102

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose oder bestimmter neurologischer Komplexbehandlung > 96 Stunden		769	195	0,694	0,097
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		608	194	0,640	0,104
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.		558	190	0,665	0,103
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.		507	195	0,621	0,106
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		522	192	0,609	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		413	193	0,510	0,081
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme		411	138	0,537	0,215
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme		317	183	0,448	0,161
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag		248	189	0,464	0,190
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		1.108	152	0,746	0,074
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		516	190	0,481	0,072
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		492	190	0,502	0,072
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		231	209	0,315	0,074
B72A	Infektion des Nervensystems, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Enzephalitis mit Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte		441	187	0,425	0,075
B72B	Infektion des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, ohne bestimmte Enzephalitis, ohne Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte		479	193	0,543	0,071
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag		230	186	0,325	0,075
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		1.119	185	0,622	0,076
B75Z	Fieberkrämpfe		175	186	0,259	0,095
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	x	359	191	0,377	0,071
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		661	194	0,557	0,094

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B76C	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose		470	195	0,474	0,084
B76D	Anfälle, Alter < 6 Jahre oder komplizierende Diagnose oder EEG, mehr als ein Belegungstag		257	192	0,323	0,088
B76E	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose		239	208	0,339	0,092
B77Z	Kopfschmerzen		220	203	0,367	0,089
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 6 Jahre oder mit komplizierender Diagnose oder Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		394	194	0,475	0,096
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 5 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		328	189	0,419	0,094
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur		231	194	0,311	0,109
B80Z	Andere Kopfverletzungen		143	208	0,234	0,089
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung		429	192	0,529	0,080
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung		276	212	0,395	0,075
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven		184	199	0,279	0,080
B84Z	Vaskuläre Myelopathien		519	186	0,680	0,082
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		675	190	0,549	0,074
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		486	193	0,445	0,076
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		306	193	0,344	0,073
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose		224	195	0,311	0,078
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet		331	136	0,516	0,073
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie		587	155	1,096	0,066
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder bestimmte Biopsie		302	192	0,492	0,061
C02Z	Enukleationen und Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung		496	195	0,939	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		396	197	0,726	0,061
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		296	207	0,577	0,063
C03C	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel, ohne komplexen oder bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung		255	190	0,494	0,064
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Pars-plana-Vitrektomie oder Alter < 16 Jahre		339	185	0,542	0,057

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exaktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre		291	163	0,475	0,057
C05Z	Dakryozystorhinostomie		269	154	0,540	0,069
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom		263	186	0,461	0,059
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exaktion der Linse (ECCE) oder komplexem Eingriff am Auge oder bestimmten Eingriffen bei Glaukom oder Alter < 6 Jahre		220	148	0,414	0,065
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Exaktion der Linse (ECCE), ohne komplexen Eingriff am Auge, ohne bestimmte Eingriffe bei Glaukom, Alter > 5 Jahre		199	188	0,344	0,064
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Exaktion der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Exaktion der Linse oder bestimmte andere Eingriffe am Auge bei komplexer Diagnose oder Alter < 10 Jahre		239	164	0,429	0,061
C08B	Extrakapsuläre Exaktion der Linse (ECCE) ohne komplexe Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Auge, Alter > 9 Jahre		194	191	0,382	0,074
C10A	Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand		246	130	0,539	0,083
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, mit komplexem Eingriff oder Alter < 6 Jahre		229	146	0,493	0,082
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, ohne komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre		210	166	0,445	0,082
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider		297	185	0,568	0,061
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen		206	175	0,388	0,069
C14Z	Andere Eingriffe am Auge		195	196	0,366	0,070
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina		269	170	0,527	0,064
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre		264	150	0,538	0,074
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		245	152	0,483	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		227	189	0,442	0,068
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen		224	192	0,219	0,057
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges		346	206	0,593	0,076
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen		169	188	0,272	0,070
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges oder Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus		234	192	0,376	0,072
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides		165	193	0,306	0,072
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges		203	174	0,302	0,080
D01A	Kochleaimplantation, bilateral	x	773	148	1,698	0,071
D01B	Kochleaimplantation, unilateral		534	169	1,100	0,072
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC		2.159	197	4,044	0,077
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC		1.567	195	2,913	0,077

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		528	170	1,061	0,063
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		433	168	0,870	0,060
D04A	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, mit komplexem Eingriff		739	170	1,549	0,075
D04B	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, ohne komplexen Eingriff		578	149	1,089	0,076
D05A	Komplexe Parotidektomie		581	188	1,267	0,065
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien		422	191	0,885	0,065
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		613	156	1,165	0,070
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		417	199	0,814	0,068
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmter Prozedur		381	194	0,795	0,067
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC		1.043	173	1,452	0,076
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		313	192	0,562	0,070
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC		701	193	1,056	0,077
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit komplexer Diagnose		651	196	1,244	0,069
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne komplexe Diagnose		341	198	0,650	0,067
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		351	199	0,689	0,071
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		220	208	0,424	0,077
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder mit radikaler zervikaler Lymphadenektomie oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese		1.311	194	2,070	0,074
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC, ohne radikale zervikale Lymphadenektomie		825	195	1,182	0,070
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht		264	167	0,555	0,079
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		3.293	196	7,078	0,062
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.157	196	2,518	0,064
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		708	195	1,575	0,071
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund, mit Mundboden- oder Vestibulumplastik, mit Eingriffen an Gaumen- und Rachenmandeln bei bösartiger Neubildung oder komplexe Eingriffe am Kopf		363	176	0,597	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		246	197	0,464	0,074

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
D23Z	Implantation eines aktiven mechanischen Hörimplantates	x	487	146	1,029	0,066
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC		1.836	194	3,118	0,076
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff		910	194	1,779	0,070
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		5.144	197	10,438	0,071
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		1.534	197	2,417	0,076
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		684	196	1,289	0,069
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		445	176	0,841	0,066
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsephthesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla		439	189	0,876	0,068
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung		356	188	0,661	0,068
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB od. versch. Eingriffe Ohr, Nase, Mund, Hals oh. äuß. schw. CC, m. aufw. Ingr. od. Ingr. Mundh., Mund, Alter < 3 J. od. m. kompl. Diag. od. Alter < 16 J. m. äuß. schw. od. schw. CC od. m. Ingr. Ohr, Trachea m. äuß. schw. CC		356	195	0,714	0,071
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		258	209	0,473	0,065
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 11 Jahre		181	190	0,323	0,073
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses		1.851	174	2,966	0,071
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung		442	174	0,873	0,065
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen		520	187	1,056	0,069
D37A	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre oder bei Gaumenspalte oder Spaltnase oder plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation		645	149	1,440	0,061
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation		458	186	1,011	0,065
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtsschädelknochen		344	176	0,717	0,068
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase		222	188	0,408	0,075
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung		220	189	0,427	0,081
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC		539	194	0,504	0,066
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		289	199	0,549	0,074
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus		243	208	0,376	0,081
D63A	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen mit äußerst schweren CC		387	191	0,354	0,077
D63B	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen ohne äußerst schwere CC		158	211	0,209	0,070

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis		103	184	0,156	0,076
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase		202	197	0,329	0,076
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle		188	196	0,293	0,075
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose		2.157	197	3,269	0,079
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose		1.175	196	1,844	0,078
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre		832	197	0,982	0,075
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		660	197	0,902	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 auß. schw. CC, mit best. endoskop. Lungenvolumenred. oder anderem mäßig kompl. Eingr. oder Alter < 18 J.		428	210	0,662	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		423	197	0,695	0,070
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		235	192	0,510	0,109
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag		439	122	0,704	0,154
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder äußerst schweren CC		1.362	198	1,935	0,081
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder Perikarddrainage mit äußerst schweren CC		946	196	1,680	0,082
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		778	194	1,213	0,081
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		1.090	203	1,536	0,080
E06B	And. Lungenresek., 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. Lungenresek. od. best. Brustkorbkorr. od. best. chirurg. Stab. d. Thoraxw.		793	194	1,278	0,079
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		619	195	0,954	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		509	197	0,747	0,074
E07Z	Aufwendige Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom		326	163	0,614	0,061
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden		2.632	192	4,950	0,069
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		3.051	198	6,323	0,064

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff od. Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen od. mindestens 10 Bestrahlungen od. zerebrale, stereotaktische Bestrahlung		1.529	195	3,162	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		849	197	1,672	0,068
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane		1.879	213	1,420	0,146
E37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	x	5.239	148		
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		1.102	191	0,856	0,116
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder bei bestimmter Para- / Tetraplegie		979	191	0,836	0,094
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei bestimmter Para- / Tetraplegie		702	197	0,650	0,121
E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	x	1.047	136	0,502	0,069
E42A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane bei traumatischem Hämato-/Pneumothorax oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, COVID-19, Virus nachgewiesen		948	186	0,376	0,066
E42B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, außer bei traumatischem Hämato-/Pneumothorax		664	190	0,344	0,065
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie oder komplexe respiratorische Insuffizienz, Alter < 16 Jahre		312	187	0,300	0,066
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		289	187	0,307	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		176	188	0,282	0,112
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik		144	191	0,254	0,079
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		441	191	0,456	0,084
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		409	188	0,430	0,100
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, IntK < - / - / 185 Aufwandspunkten, Alter > 15 Jahre		322	192	0,374	0,075
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag		151	188	0,253	0,145
E65A	Chron.-obstr. Atemwegserkrankung od. best. Atemwegsinfekt. mit auß. schw. CC od. best. hochaufw. Beh. od. kompliz. Fakt. od. Bronchitis u. Asthma bronch., > 1 BT, mit auß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-V.-Infekt., mit IntK > 196 / 184 / - P.		612	194	0,367	0,068
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		370	195	0,364	0,073
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		287	197	0,313	0,073

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose		297	187	0,344	0,079
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose		226	203	0,287	0,077
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		298	187	0,257	0,079
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit auß. schw. od. schw. CC, Alter > 0 J. od. 1 BT od. oh. auß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alter < 16 J. od. andere mäßig aufw. Beh., mit RS-Virus-Infekt.		262	194	0,273	0,069
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne auß. schw. oder schw. CC oder Alter < 56 Jahre oder Beschwerden und Symptome der Atmung oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode, ohne bestimmte aufw./hochaufw. Behandlung		166	208	0,235	0,075
E70Z	Keuchhusten und akute Bronchiolitis		159	169	0,170	0,064
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkten oder mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC		620	196	0,555	0,069
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		477	194	0,762	0,069
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		341	197	0,570	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		261	198	0,338	0,068
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC		640	186	0,468	0,073
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC		266	191	0,326	0,072
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung		312	192	0,418	0,072
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre		499	168	0,386	0,105
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		442	192	0,324	0,068
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		237	209	0,302	0,073
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	x	1.039	194	0,561	0,060
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC		315	167	0,428	0,069
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax		327	193	0,361	0,078
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.111	188	0,549	0,115
E77B	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte		857	194	0,409	0,069

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder schwersten CC oder weiteren komplizierenden Faktoren		634	194	0,463	0,081
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre		486	192	0,411	0,073
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre		126	157	0,206	0,109
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit äußerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen		459	196	0,361	0,069
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		430	193	0,357	0,070
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		291	210	0,286	0,071
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stim. od. Defibrillator mit subk. Elektrode od. intrak. Pulsgen. mit kompliz. Fakt. od. myokardstim. Sys. od. aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Fakt. od. Zweikammer-Stim. mit kompliz. Fakt.		942	194	1,311	0,083
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren		860	189	1,173	0,078
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie		443	194	0,735	0,081
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei- oder Einkammer-Stim. mit äußerst schweren CC oder Einkammer-Stim. mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder mit IntK > 392 / 368 / - AP oder best. Sondenentfernung oder Alter < 18 Jahre		830	193	1,031	0,082
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		438	201	0,706	0,082
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. Pulsgen., Alter > 17 J.		399	189	0,670	0,088
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation		231	185	0,427	0,092
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation		231	189	0,431	0,084
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation		2.044	199	3,436	0,092
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		1.705	195	2,732	0,093
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		1.488	197	2,446	0,086
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		1.235	212	2,126	0,079
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.		1.028	194	1,757	0,081
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		1.464	190	2,666	0,084

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		3.029	189	4,378	0,098
F06B	Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.861	191	2,899	0,084
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff		1.604	194	2,476	0,100
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		1.328	196	2,274	0,084
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		1.071	198	1,889	0,083
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		1.631	194	2,894	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.		1.407	207	2,381	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.		1.108	196	1,934	0,083
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation oder komplexe Vakuumbehandlung oder komplexer Aorteneingriff		2.949	197	4,472	0,075
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		1.913	197	3,030	0,076
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		1.480	198	2,243	0,076
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reop. oder best. Byp., ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingriff oder bestimmter Bypass mit äußerst schweren CC		1.131	198	1,941	0,074
F08E	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit komplex. Eingriff, ohne Mehretagen- oder Aorteneingriff, ohne Reop., ohne bestimmten Bypass, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Aorteneingriff		926	199	1,625	0,072
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, mit bestimmtem Eingriff		800	194	1,404	0,069
F08G	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, ohne bestimmten Eingriff		717	193	1,334	0,069
F09A	Andere kardiotorakale Eingriffe, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof		912	192	1,526	0,092
F09B	Andere kardiotorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Konst., ohne Exzision am Vorhof, mit mäßig kompl. kardiotorakalen Eingriffe. mit äußerst schweren CC oder best. kardiotorakalem Eingriff oder best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis		989	192	1,587	0,086
F09C	Andere kardiotorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Konst., ohne Exzision am Vorhof, ohne äußerst schwere CC oder ohne mäßig kompl. kardiotorakale Eingr., ohne best. kardiotorakalen Eingr., ohne best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis		597	193	0,930	0,092

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem mit äuß. schw. CC oder ablativ. Maßnahmen oder PTCA oder mit aufwendiger Sondenentfernung mit kompliz. Faktoren oder mit Revision eines Herzschrittm. oder AICD ohne Aggregatw. mit kompliz. Faktoren		882	191	1,178	0,080
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ. Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren		441	186	0,771	0,079
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre		648	195	0,950	0,084
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		742	195	0,897	0,082
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem oder Implantation eines Ereignisrekorders, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen		524	189	0,755	0,076
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.		398	197	0,629	0,084
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen		1.953	195	2,044	0,069
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe		911	189	0,840	0,069
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität oder komplexe Amputation an unterer Extremität oder Revisionseingriff ohne äußerst schwere CC		642	186	0,798	0,064
F13D	Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität ohne komplexe Amputationen, ohne äußerst schwere CC		412	194	0,425	0,063
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC		1.661	198	2,313	0,074
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC		894	192	1,487	0,070
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation oder komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. best. Rekanalisationsverf., Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, m. kompliz. Konst. od. Endokarditis, mehr als 2 Belegungstage		1.063	195	1,055	0,081
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem oder Alter < 16 Jahre		250	179	0,441	0,101
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammer- oder Zweikammersystem, Alter > 15 Jahre		227	189	0,411	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		801	186	1,011	0,083
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		596	185	0,834	0,079
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		390	183	0,666	0,084
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff		258	185	0,464	0,083
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC		772	188	0,987	0,084
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Ablation über A. renalis oder komplexe koronare Lithoplastie		396	196	0,705	0,084
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC		429	128	0,751	0,059

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation		1.833	197	2,510	0,072
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bestimmter komplizierender Konstellation		1.257	192	1,639	0,071
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte		749	194	0,739	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		542	193	0,575	0,065
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		382	196	0,353	0,064
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC		902	192	1,066	0,086
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		481	194	0,778	0,087
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		967	195	1,018	0,066
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne Ringfixateur, mit mäßig komplexem Eingriff		710	194	0,792	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		432	191	0,437	0,064
F28A	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation mit äußerst schweren oder schweren CC		1.478	194	1,958	0,070
F28B	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität ohne zusätzlichen Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC		868	188	0,833	0,066
F28C	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität, ohne zusätzlichen Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC		693	187	0,710	0,065
F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiotorakale Eingriffe	x	1.214	160		
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern		1.326	169	2,027	0,105
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff		3.981	199	4,292	0,141
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Ingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalv. Ingr. an mehrer. Herzk.		2.797	197	3,220	0,132
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		2.269	201	2,538	0,122
F37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x	2.296	180	0,759	0,063
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC		258	186	0,488	0,070
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC		221	187	0,469	0,083
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC		991	184	1,172	0,081

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC		427	192	0,707	0,092
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		1.415	195	2,230	0,079
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder best. Impl. herzunterst. System		1.521	195	0,928	0,123
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		1.273	201	1,620	0,102
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		739	192	0,777	0,115
F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x	935	154	0,420	0,066
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems		646	194	0,333	0,064
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		1.099	192	1,073	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		962	192	0,970	0,084
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre		328	168	0,612	0,103
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		694	194	0,848	0,076
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialen Mapping oder best. andere kardiologische Diagnostik oder best. komplexer Diagnose		450	190	0,704	0,075
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.		393	197	0,661	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.		319	195	0,616	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		328	196	0,633	0,082
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		303	190	0,585	0,082
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		293	189	0,573	0,079
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination		936	193	1,728	0,082
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination		727	195	1,362	0,080
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC		932	194	1,015	0,083
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention		449	199	0,723	0,090

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC		752	195	0,970	0,086
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie		319	195	0,619	0,081
F58A	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC		669	197	0,882	0,082
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC		301	197	0,594	0,084
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC		1.159	200	1,515	0,074
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC		443	194	0,844	0,079
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		623	201	1,135	0,074
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		439	199	0,787	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		359	196	0,681	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		289	192	0,596	0,083
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC		608	188	0,539	0,081
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC		247	186	0,290	0,089
F61A	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation		1.164	195	0,840	0,071
F61B	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		942	195	0,668	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		895	187	0,626	0,085
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.		694	194	0,526	0,078
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.		343	200	0,310	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		139	189	0,237	0,131
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC		607	182	0,522	0,072
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC		231	194	0,299	0,070
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen		288	189	0,242	0,062
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte		757	190	0,588	0,079
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte		273	197	0,365	0,070

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC		493	187	0,294	0,064
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC		211	191	0,298	0,076
F67A	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger / mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung		451	192	0,451	0,073
F67B	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter < 18 Jahre		164	151	0,219	0,074
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre		196	207	0,261	0,075
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC		266	184	0,267	0,105
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		176	185	0,266	0,089
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC		555	190	0,479	0,069
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC		236	193	0,279	0,070
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC		596	181	0,503	0,104
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC		233	192	0,282	0,091
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		530	194	0,442	0,074
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung		192	199	0,261	0,081
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC		533	156	0,607	0,072
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC		195	190	0,291	0,082
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag		108	133	0,183	0,101
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag		211	212	0,283	0,077
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems		159	192	0,252	0,089
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		751	196	0,632	0,074
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC		274	184	0,299	0,079
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		341	197	0,467	0,075
F77A	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, COVID-19, Virus nachgewiesen		931	195	0,487	0,066
F77B	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems		873	192	0,532	0,067
F95A	Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss		378	192	0,666	0,081
F95B	Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss		275	186	0,569	0,086

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F96Z	Stammzelltransfusion bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x	2.417	145		
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		976	197	1,298	0,080
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		776	199	1,214	0,084
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		635	195	0,883	0,084
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens		1.913	170	3,203	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		1.422	196	2,065	0,078
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		1.061	196	1,682	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		885	191	1,387	0,076
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 / - Aufwandsp.		1.923	197	3,315	0,078
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., mit komplexem Eingriff		1.558	190	2,596	0,077
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., ohne komplexen Eingriff		1.350	197	2,249	0,079
G04Z	Adhäsioolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit auß. schw. od. schw. CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder best. Eingriffe an abd. Gefäßen mit auß. schw. CC oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems od. best. Gastrektomie		1.325	201	1,806	0,077
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse 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		632	196	1,020	0,075
G07B	Appendekt. od. laparoskop. Adhäsioolyse 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. Adhäsioolyse od. Rektopexie od. best. Magenexz.		743	191	1,321	0,073
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 Adhäsioolyse, ohne Rektopexie		501	190	0,806	0,066
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC		1.236	188	1,769	0,075
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC		398	190	0,754	0,065
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		356	190	0,714	0,077
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz		1.094	191	1,792	0,077
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 6 Jahre		356	145	0,511	0,070

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 5 Jahre		201	164	0,334	0,064
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur oder mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		940	192	1,407	0,076
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		704	194	0,895	0,070
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit wenig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag		578	193	0,732	0,067
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	198	0,638	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		322	194	0,569	0,077
G13A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		165	147	0,298	0,074
G13B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		221	132	0,432	0,075
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.434	194	1,532	0,073
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff		2.309	193	4,370	0,069
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		2.240	196	3,536	0,076
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		1.366	196	2,368	0,074
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre		1.215	195	2,268	0,074
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre		1.030	191	1,871	0,073
G18A	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm oder an abdominalen Gefäßen mit bestimmtem hochkomplexem Eingriff oder Diagnose oder mit endorektaler Vakuumtherapie		1.456	197	2,134	0,074
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm oder an abdominalen Gefäßen mit bestimmter sehr komplexer Prozedur oder Diagnose		953	196	1,517	0,075
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff		810	200	1,372	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		616	192	0,982	0,073
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre ohne bestimmte Operationen an Pharynx oder Magenband		1.131	195	1,745	0,078
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff		763	192	1,194	0,077
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff		613	194	1,159	0,073

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G21A	Komplexe Adhäsiole 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		631	209	0,986	0,073
G21B	Andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte Eingriffe am Pharynx oder Verschluss Darmfistel ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Darm, Alter > 15 Jahre		367	194	0,621	0,066
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 6 Jahre oder bei bösartiger Neubildung		552	169	0,877	0,068
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, mit laparoskopischer Adhäsiole oder sekundärer Appendektomie oder Alter < 16 Jahre		496	190	0,805	0,068
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, ohne laparoskopische Adhäsiole, ohne sekundäre Appendektomie		409	204	0,714	0,069
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung oder Endometriose am Darm		330	184	0,609	0,068
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung oder Endometriose am Darm		304	204	0,580	0,070
G24A	Eingriffe bei Hernien mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand oder bestimmte partielle Resektion des Dickdarmes		440	187	0,829	0,066
G24B	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC		300	192	0,607	0,074
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		298	195	0,541	0,078
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		227	202	0,368	0,069
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		172	204	0,297	0,074
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC		4.088	194	7,725	0,066
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC		2.528	197	5,220	0,062
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.127	195	2,448	0,066
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		697	197	1,414	0,082
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		2.424	194	3,916	0,076
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		3.164	190	4,312	0,073
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, mit aufwendigem Eingriff		4.323	194	4,784	0,127
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, ohne aufwendigen Eingriff		3.456	193	3,551	0,124
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		2.509	200	2,780	0,117
G37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.652	192	2,898	0,075

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem		2.182	197	3,367	0,079
G40A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.185	189	1,160	0,079
G40B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		922	190	0,951	0,078
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		888	192	0,913	0,073
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie mit auß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verd.organe, Alter > 14 J., mehr als 1 BT od. best. Gastroskopie, Alter < 15 J. od. mit kompliz. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.		680	197	0,769	0,072
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, mit anderem aufwendigen Eingriff		419	191	0,640	0,065
G46D	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne anderen aufwendigen Eingriff		387	196	0,608	0,070
G47A	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, mit bestimmter endoskopischer Maßnahme am Dickdarm, ein Belegungstag		193	146	0,417	0,092
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag		344	197	0,565	0,068
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, mit schwerer Darminfektion oder bei bösartiger Neubildung oder bestimmter Darminfektion mit äußerst schweren CC		755	190	0,735	0,067
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei bösartiger Neubildung od. best. Darminfektion od. ohne äußerst schwere CC		479	194	0,644	0,071
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre		614	192	0,697	0,072
G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	x	1.453	167	0,903	0,066
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		683	191	0,415	0,063
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder bestimmte hochaufwendige Behandlung		507	193	0,463	0,067
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung		224	197	0,320	0,067
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC		765	165	0,610	0,077
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre oder ohne schwere CC		254	189	0,356	0,066
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC		293	188	0,385	0,070
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren		315	195	0,446	0,069
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC		262	196	0,387	0,069
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC		200	209	0,313	0,072

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose		290	195	0,333	0,071
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose		311	192	0,435	0,069
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane		230	207	0,421	0,072
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre		172	165	0,311	0,098
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		162	206	0,274	0,080
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		367	192	0,537	0,072
G74Z	Hämorrhoiden oder andere wenig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane		206	190	0,347	0,073
G77A	Bestimmte Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		727	205	0,439	0,063
G77B	Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		483	191	0,364	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.		1.807	193	2,838	0,077
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.		1.486	199	2,465	0,076
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose		1.371	188	2,183	0,076
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte biliodigestive Anastomose		1.272	188	1,951	0,074
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen		837	194	1,320	0,074
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren		1.150	198	1,752	0,075
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation		621	205	0,579	0,070
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation		369	195	0,527	0,068
H07A	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		949	192	1,526	0,076
H07B	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		668	192	1,059	0,072
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		751	195	1,276	0,071
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter < 12 Jahre oder mit endoskopischer Steinentfernung oder mit bestimmter Diagnose		629	193	1,089	0,065
H08C	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter > 11 Jahre		366	210	0,710	0,068
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		1.843	192	2,655	0,074
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne bestimmten Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren		840	199	1,420	0,076

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC		1.534	198	1,682	0,073
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff		1.061	187	1,429	0,073
H12C	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff		566	199	0,801	0,068
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		2.725	170	5,604	0,061
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.284	172	2,739	0,063
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		624	193	1,281	0,108
H29Z	Bestimmte selektive Embolisation oder SIRT		622	190	1,196	0,113
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		2.394	194	3,632	0,076
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		2.784	194	2,422	0,120
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		1.987	192	1,776	0,114
H37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	x				
H38A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		2.921	195	4,081	0,090
H38B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		2.078	190	3,336	0,076
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC		842	185	0,845	0,082
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC		477	191	0,652	0,079
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie		1.282	198	1,447	0,072
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, ohne Zugang durch retrograde Endoskopie		778	195	0,933	0,067
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 endoskopischer Eingriff mit bestimmter BNB		506	195	0,679	0,067
H41D	Andere aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff oder andere ERCP mit bestimmter BNB oder bestimmter Pankreatitis		366	192	0,584	0,067
H41E	Andere ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre		287	192	0,512	0,069
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		679	191	0,413	0,062
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC oder komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		662	192	0,596	0,077
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC		489	194	0,438	0,066
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, Alter < 18 Jahre oder mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit Pfortaderthrombose		340	189	0,446	0,072
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, Alter > 17 Jahre		230	197	0,326	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		230	166	0,294	0,078
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis mit Organkomplikation oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre		326	208	0,414	0,069
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis mit Organkomplikation, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis, Alter > 15 Jahre		271	204	0,342	0,069
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.		596	191	0,573	0,078
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden und best. Erkrankungen der Gallenwege, mehr als ein Belegungstag, mit kompl. Diagnose oder auß. schw. o. schw. CC oder Leberbiopsie, Alter < 18 J.		397	191	0,457	0,070
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		230	192	0,312	0,069
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen		220	188	0,306	0,070
H77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		811	195	0,634	0,066
H78Z	Bestimmte komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		1.601	195	1,758	0,076
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose		1.531	194	1,716	0,070
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		4.263	171	5,609	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		2.811	199	3,812	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		1.847	192	2,231	0,070
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit äußerst schweren CC		1.485	191	1,607	0,071
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit auß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Eingr. an mehr. Lok.		2.049	197	2,151	0,073
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne auß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Eingr. an mehr. Lok.		967	194	1,238	0,070
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie		948	196	1,245	0,072
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC		1.178	196	1,139	0,073
I05B	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese		553	193	0,849	0,071
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk, ohne Implantation einer Sprunggelenkendoprothese		504	186	0,831	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		2.119	192	3,545	0,075
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		1.494	179	2,797	0,077
I06C	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals, Alter > 18 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie oder ohne äußerst schwere CC, ohne bösartige Neu-bildung am Knochen, mit bestimmtem Eingriff ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff		1.284	171	2,166	0,074
I07A	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		791	189	0,868	0,068
I07B	Bestimmte Amputation am Fuß		657	187	0,741	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		1.539	194	1,859	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 be-stimmten komplizierenden Faktoren		1.400	195	1,513	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		1.023	199	1,245	0,073
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schweren CC		839	199	1,131	0,073
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mit bestimmten Eingriffen an Becken und Femur oder mit bestimmten komplizierenden Diagnosen		721	197	1,039	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		522	201	0,678	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		389	194	0,645	0,071
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		330	190	0,641	0,079
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		247	169	0,483	0,083
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder bestimmter Spondylodese ab 10 Seg-menten oder aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Punkten		2.017	198	2,923	0,075
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten expandierbaren Implantaten oder mehrzeitigen komplexen Eingriffen		1.703	193	2,736	0,074
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Faktoren, mit Wirbelkörperersatz oder komplexer Spondylodese oder andere mehrzeiti-ge komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit aufwendiger intensmed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten		1.478	195	2,434	0,077
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		1.519	195	2,153	0,074
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Fakto-ren 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		1.085	199	1,791	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		889	201	1,492	0,072

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		818	196	1,504	0,073
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		533	193	0,856	0,071
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren		418	193	0,550	0,069
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC		1.366	198	1,855	0,073
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		806	198	1,283	0,070
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule		575	196	1,059	0,069
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		477	197	0,857	0,068
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		410	193	0,710	0,066
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		376	195	0,645	0,067
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		312	188	0,437	0,068
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff		186	183	0,355	0,081
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität		531	127	0,913	0,066
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC		1.398	196	1,585	0,074
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		822	192	0,966	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		531	192	0,703	0,066
I13A	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit komplexem Mehrfacheingriff, mit komplizierendem Eingriff an der unteren Extremität oder aufwendiger Osteosynthese		906	193	1,293	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 äuß. schw. od. schw. CC		822	195	1,279	0,068
I13C	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingr. od. kompliz. Diag. od. bei Endopr. der oberen Extrem. od. m. Fix. ext., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch., m. best. kompl. Osteot. od. BNB od. Alter < 18 J. m. äuß. schw. od. schw. CC		646	194	1,084	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		567	206	0,948	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 äuß. schw. od. schw. CC		457	196	0,772	0,071

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		375	188	0,660	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		336	204	0,593	0,074
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes		400	164	0,470	0,063
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre		858	196	1,602	0,090
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre		595	191	1,083	0,072
I16A	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität mit bestimmtem Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen		282	168	0,570	0,082
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		282	182	0,551	0,077
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		255	163	0,516	0,084
I17A	Aufwendige Operationen am Gesichtsschädel oder Alter < 16 Jahre		653	192	1,280	0,068
I17B	Operationen am Gesichtsschädel ohne aufwendige Operationen, Alter > 15 Jahre		419	192	0,829	0,068
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk		276	186	0,519	0,073
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk		254	169	0,489	0,076
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		232	143	0,419	0,068
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		263	145	0,506	0,071
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodese		745	187	1,224	0,068
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		559	188	0,927	0,067
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren oder Alter > 11 Jahre		427	189	0,664	0,069
I20D	Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochen- transplantation oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Kalkaneusfraktur		335	164	0,648	0,076
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre		295	186	0,533	0,079
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre		243	187	0,433	0,080
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		288	196	0,560	0,081
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		1.407	194	1,844	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		1.086	193	1,155	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		308	189	0,580	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		251	190	0,505	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		199	184	0,379	0,084
I24A	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe oder Alter < 18 Jahre		211	189	0,386	0,084
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 17 Jahre		219	187	0,443	0,086
I26A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 785 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		3.048	199	2,984	0,126
I26B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe oder bestimmte hochaufwendige Implantate		2.429	199	2,541	0,106
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 Fingersersatz		1.206	198	2,070	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		1.092	201	1,427	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		469	197	0,699	0,068
I27D	Bestimmte andere Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag		342	199	0,616	0,071
I27E	Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag		252	194	0,441	0,074
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		672	173	1,165	0,078
I28B	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit komplexem Eingriff an Thorax und Abdomen oder Implantation/Wechsel best. Medikamentenpumpen oder Eingriff bei bösartiger Neubildung an Knochen und Gelenken, mehr als ein Belegungstag		589	178	1,000	0,071
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		522	207	0,682	0,067
I28D	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit mäßig komplexem Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre		454	195	0,642	0,067
I28E	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, ohne bestimmte, mäßig komplexe und komplexe Eingriffe, Alter > 9 Jahre oder ein Belegungstag		302	193	0,495	0,071
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen		459	188	0,889	0,075
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		332	189	0,679	0,080
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter		302	182	0,616	0,079

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		462	187	0,837	0,070
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		343	187	0,701	0,076
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		288	147	0,563	0,076
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm		642	185	1,126	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		486	189	0,888	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		375	199	0,717	0,076
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochenx. bei Pseudarthrose der Hand		639	166	1,007	0,064
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		372	145	0,742	0,075
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		522	146	0,931	0,068
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne sehr komplexen Eingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff		354	186	0,716	0,075
I32E	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 6 Jahre		298	190	0,559	0,072
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder ohne bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag		224	189	0,459	0,087
I33Z	Rekonstruktion von Extremitätenfehlbildungen		320	112	0,665	0,076
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		938	200	0,791	0,068
I36Z	Beidseitige oder kombinierte Implantation oder Wechsel einer Endprothese an Hüft-, Kniegelenk und/oder an der oberen Extremität		742	169	1,243	0,069
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		2.569	196	5,413	0,063
I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	x	771	181	0,397	0,064
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		593	193	0,291	0,062
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mindestens 14 Tage		449	170	0,218	0,060
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage		321	190	0,221	0,061
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endprothesen am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC		1.710	191	1,951	0,073

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		729	190	1,165	0,072
I44A	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit äußerst schweren CC oder Implantation bestimmter schaftverankerter Prothese am Knie oder Korrektur einer Brustkorbdeformität		658	192	0,979	0,069
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		676	167	0,929	0,071
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		644	196	1,154	0,071
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk		463	191	0,785	0,070
I44E	Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk		411	169	0,586	0,070
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment		462	167	0,891	0,075
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente		385	148	0,719	0,075
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen		1.342	191	1,579	0,075
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, mit periprothetischer Fraktur		1.035	194	1,316	0,075
I46C	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne periprothetische Fraktur		813	191	1,201	0,074
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodeese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff		735	193	1,036	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.		586	200	0,783	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.		483	197	0,748	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		761	197	0,995	0,062
I50B	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, mit bestimmter Vakuumbehandlung oder Alter < 16 Jahre		479	170	0,614	0,063
I50C	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Vakuumbehandlung, Alter > 15 Jahre		266	165	0,413	0,061
I54A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder Alter < 18 Jahre		1.300	190	2,662	0,066
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre		910	192	1,938	0,069
I59Z	Andere Eingriffe an den Extremitäten oder am Gesichtsschädel		238	189	0,455	0,085
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre		284	163	0,328	0,066
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC oder Tuberkulose der Knochen und Gelenke		498	184	0,487	0,068
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC		320	187	0,348	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		410	149	0,413	0,065
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		267	194	0,319	0,069
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC		249	199	0,331	0,068
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte		939	188	0,682	0,076
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder anderen komplizierenden Konstellationen		718	194	0,580	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		522	184	0,392	0,072
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		282	184	0,260	0,066
I66E	Amyloidose, bestimmte Vaskulitiden oder adulte Form des Morbus Still, Alter > 15 Jahre		384	191	0,540	0,068
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals oder bestimmte Systemkrankheiten des Bindegewebes		297	195	0,296	0,067
I66G	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne bestimmte Erkrankungen, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp. od. multisystemisches Entzündungssyndrom bei COVID-19 od. Alter < 6 J., 1 BT		261	195	0,287	0,065
I66H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag		111	191	0,196	0,097
I68A	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als 1 BT, mit äußerst schw. oder schw. CC od. intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - P. od. bei Para- / Tetraplegie, bei Diszitis od. infektiöser Spondylopathie		995	192	0,740	0,070
I68B	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als 1 BT, mit auß. schw. oder schw. CC od. bei Para- / Tetraplegie, mit kompl. Diagn. oder ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne Para- / Tetraplegie bei Diszitis		552	190	0,487	0,068
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 BT od. and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie od. mit auß. schw. CC od. schw. CC od. Alter > 65 J., oh. kompl. Diagn. od. Kreuzbeinfraktur od. best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.		375	191	0,353	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		299	196	0,357	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		237	210	0,281	0,069
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel		135	207	0,251	0,104
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie mit bestimmter Arthropathie oder Muskel- / Sehnenkrankung bei Para- / Tetraplegie		293	195	0,285	0,067
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie ohne bestimmte Arthropathie, ohne Muskel- / Sehnenkrankung bei Para- / Tetraplegie		237	194	0,261	0,068
I71A	Muskel- und Sehnenkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur		269	182	0,254	0,066
I71B	Muskel- und Sehnenkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur		205	207	0,268	0,073
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft		405	188	0,372	0,070

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes		268	184	0,260	0,066
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		424	187	0,409	0,068
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		234	186	0,269	0,068
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		164	144	0,283	0,106
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		185	197	0,273	0,080
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC		446	187	0,386	0,073
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	195	0,281	0,071
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit septischer Arthritis		375	185	0,454	0,074
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne septische Arthritis oder Alter > 15 Jahre		244	192	0,304	0,070
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk		219	204	0,282	0,074
I79Z	Fibromyalgie		308	189	0,255	0,064
I87A	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, COVID-19, Virus nachgewiesen		801	188	0,382	0,064
I87B	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		637	185	0,454	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		1.212	174	1,811	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		1.346	167	2,381	0,074
I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage	x	1.668	190	1,280	0,072
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		438	152	0,227	0,061
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		2.298	194	2,709	0,068
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma		1.096	190	2,307	0,066
J02A	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie oder Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff		1.782	193	2,315	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. Eingr. od. oh. äuß. schw. CC, m. kompl. Eingr.		1.246	192	1,604	0,066
J02C	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff		639	194	0,669	0,061
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung		353	186	0,370	0,062

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		252	189	0,436	0,066
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung oder komplexe Prothesenimplantation		565	189	1,073	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		524	169	1,079	0,072
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		430	193	0,860	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		1.151	200	1,238	0,070
J08B	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement ohne Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut und Unterhaut oder ohne äußerst schwere CC		406	168	0,610	0,061
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre		173	162	0,296	0,072
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre		185	185	0,267	0,074
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff		356	192	0,571	0,058
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff		246	193	0,419	0,061
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom		456	194	0,603	0,066
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		322	198	0,513	0,069
J11C	And. Eingr. an Haut, Unterhaut u. Mamma oh. kompliz. Diag., oh. mäßig kompl. Proz. od. Diag., Alter > 17 J. od. oh. auß. schw. od. schw. CC, m. best. Eingr. od. m. Hidradenitis suppurativa od. bei BNB/Pemphigoid od. mit kl. Eingr. an d. Haut u. Weicht.		208	197	0,351	0,065
J11D	And. Eingr. an Haut, Unterhaut u. Mamma oh. kompliz. Diag., oh. mäßig kompl. Proz. od. Diag., Alter > 17 J. od. oh. auß. schw. od. schw. CC, oh. best. Eingr., oh. Hidradenitis suppurativa, auß. b. BNB od. Pemphigoid, oh. kl. Eingr. an d. Haut od. Weicht.		177	195	0,297	0,068
J12Z	Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma		1.417	167	3,101	0,067
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		661	148	1,310	0,066
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung		561	168	1,025	0,067
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		1.816	192	4,443	0,071
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		3.179	196	6,577	0,063
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.690	196	3,377	0,067
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		934	196	1,822	0,068
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC		543	198	0,749	0,063

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		317	195	0,474	0,060
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung		439	193	0,790	0,067
J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mammareduktionsplastik oder beidseitiger Mastopexie		404	161	0,833	0,063
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik, ohne beidseitige Mastopexie		450	172	0,940	0,066
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff		329	148	0,639	0,065
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff		211	188	0,405	0,082
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC		257	189	0,490	0,078
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		1.047	170	2,104	0,068
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		1.995	188	2,479	0,065
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		646	188	0,324	0,063
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein BT, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit auß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.		448	185	0,314	0,066
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		294	195	0,248	0,060
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag		218	195	0,199	0,060
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC		548	190	0,459	0,065
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC		278	195	0,336	0,066
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC		633	189	0,489	0,073
J64B	Bestimmte Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC oder Alter < 6 Jahre mit komplexer Diagnose		252	196	0,224	0,062
J64C	Andere Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Alter > 5 Jahre oder ohne komplexe Diagnose		198	209	0,228	0,065
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als 1 Belegungstag		217	208	0,281	0,074
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, ein Belegungstag		128	202	0,231	0,106
J67A	Bestimmte Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder moderate Hauterkrankungen		204	189	0,215	0,060
J67B	Andere Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte Hauterkrankungen		166	206	0,193	0,064
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre mit anderer komplexer Diagnose		129	172	0,242	0,097
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre		106	179	0,187	0,093
J77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		644	195	0,404	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 frührehabilitativer Komplexbehandlung	x	1.224	164	0,820	0,066
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre oder bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse		1.203	175	2,100	0,075
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse		937	194	1,777	0,074
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas		459	189	0,931	0,073
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus mit IntK > 392 / 368 / - Punkte oder bei BNB, mit äußerst schweren CC oder Parathyreidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreidektomie durch Sternotomie		1.569	174	2,626	0,087
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 Thyreidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre		508	197	1,030	0,076
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 Thyreidektomie durch Sternotomie, Alter > 15 J. od. Alter < 18 J.		421	190	0,896	0,074
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 Reduktionsingriffe an Haut und Unterhaut		345	192	0,725	0,073
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 Reduktionsingriffe an Haut und Unterhaut		285	186	0,570	0,070
K07A	Andere Eingriffe bei Adipositas mit bestimmten größeren Eingriffen am Magen oder Darm		465	186	0,954	0,062
K07B	Andere Eingriffe bei Adipositas ohne bestimmte größere Eingriffe am Magen oder Darm		361	165	0,750	0,064
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre		1.350	193	1,736	0,074
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		732	188	0,882	0,074
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre		582	192	0,890	0,070
K09D	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ohne mäßig komplexen Eingriff		340	191	0,593	0,071
K14Z	Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie		679	192	1,375	0,077
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie		414	107	0,565	0,155
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie		1.470	194	2,892	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		474	104	0,730	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		475	103	0,378	0,136
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie		311	138	0,303	0,151
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		1.176	188	1,082	0,066

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		2.767	172	4,487	0,073
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen		621	189	0,507	0,073
K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	x	1.312	136	0,437	0,066
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		672	193	0,363	0,065
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		559	192	0,379	0,082
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		291	164	0,189	0,059
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		629	192	0,533	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		188	168	0,185	0,063
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag		337	193	0,287	0,068
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose		243	194	0,241	0,065
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		577	190	0,410	0,070
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		268	195	0,286	0,073
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		261	197	0,297	0,072
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		268	173	0,300	0,074
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		287	189	0,358	0,068
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag		110	168	0,200	0,090
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		963	191	0,647	0,087
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		362	150	0,433	0,077
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		362	197	0,463	0,073
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		245	212	0,331	0,072
K77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		741	188	0,354	0,065
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeral Eingriff oder Verschluss einer Blasenektrophie		1.083	165	1,555	0,073

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse		588	190	0,651	0,064
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse oder transurethrale Injektion bei Ostiuminsuffizienz		286	188	0,502	0,067
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm		1.519	197	2,601	0,075
L04A	Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe oder Alter < 16 Jahre		894	196	1,815	0,067
L04B	Andere Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, ohne bestimmte Harnblaseneingriffe oder Exzision und Resektion von retroperitonealem Gewebe, Alter > 15 Jahre		622	189	1,222	0,062
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an den Harnorganen mit äußerst schweren CC		1.175	196	1,664	0,076
L06B	Kleine Eingriffe an den Harnorganen ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre		504	208	0,929	0,064
L06C	Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre		221	189	0,424	0,072
L07Z	Andere Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder anderer Kombinationseingriff oder bestimmte Zystektomien, ohne großen Eingriff am Darm oder komplexe Harnblasenplastik		1.345	196	2,205	0,076
L08Z	Komplexe Eingriffe an der Urethra oder Ureter		425	192	0,808	0,059
L09A	And. Eingr. bei Erkr. der Harnorg. mit Anl. Dialyseshunt bei akut. Nierenins. od. bei chron. Nierenins. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie od. m. kompl. OR-Proz. od. kompl. Eingr., Alt. < 2 J. od. auß. schw. CC		1.469	197	1,962	0,076
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse od. außer Anlage Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie, Alter > 1 Jahr, ohne auß. schw. CC		736	195	0,974	0,070
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne best. Eingriff an Präputium od. Nebenschilddrüse, Alter < 2 J. od. mit auß. schw. CC, ohne kompl. OR-Proz., ohne kompl. Eingriff		962	194	0,945	0,071
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, mit best. anderen Eingriff od. Alter < 18 Jahre		509	195	0,812	0,069
L09E	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz oder bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 17 Jahre		300	195	0,558	0,070
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multi-viszeraleingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm		1.819	197	3,153	0,075
L11Z	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC		861	147	1,795	0,068
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		2.911	194	5,922	0,065
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen		1.142	198	2,258	0,067
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit bestimmtem Eingriff mit CC oder mit komplexem Eingriff		1.052	200	2,024	0,072
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne komplexen Eingriff, mit anderem Eingriff		960	197	2,039	0,072

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		432	172	0,948	0,069
L16A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulations- elektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implan- tation oder Wechsel eines Neurostimulators		245	145	0,446	0,066
L16B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulations- elektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implan- tation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		288	161	0,563	0,064
L16C	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulations- elektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implan- tation oder Wechsel eines temporären Elektrodensystems		181	113	0,321	0,071
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		276	173	0,504	0,067
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre		269	191	0,494	0,072
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperi- toneale Eingriffe mit äußerst schweren CC		1.118	198	1,644	0,070
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale / andere retroperitoneale Eingriffe oh. ESWL, oh. äußerst schwere CC od. best. Eingriffe Niere od. transurethrale Eingriffe auß. Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop., b. Para-/Tetrapl., m. auß. schw. CC		588	197	1,138	0,066
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureter- orenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermo- oder Kryoablation der Niere		507	168	1,070	0,072
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureter- orenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, mit äußerst schweren CC		979	201	1,482	0,070
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureter- orenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äu- ßerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre		393	198	0,820	0,070
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureter- orenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äu- ßerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre		346	198	0,679	0,068
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		3.080	198	4,861	0,077
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwands- punkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		2.079	198	1,751	0,120
L36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.769	191	1,535	0,114
L37Z	Multiviszeraler Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.559	191	2,676	0,076
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.868	199	2,567	0,079
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie		285	189	0,568	0,073
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliä- ren Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie		390	151	0,809	0,075
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne au- xiläre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie		240	148	0,487	0,084
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		679	192	0,369	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		1.042	207	0,620	0,090
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizie- renden Faktoren oder äußerst schweren CC oder mit intensivmedizini- scher Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre		671	209	0,475	0,092

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		465	209	0,409	0,084
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		316	224	0,326	0,069
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC		599	192	0,537	0,069
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre ohne schwere CC		222	172	0,337	0,080
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		229	195	0,296	0,067
L63A	Infektionen der Harnorgane mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern		826	193	0,493	0,068
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		531	195	0,413	0,069
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	193	0,218	0,064
L63D	Infektionen der Harnorgane oh. äuß. schwere CC, oh. best. mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufw. Behandl., oh. Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern, oh. best. schw. Infektionen, Alter > 2 J. u. < 6 J. od. Alter < 18 J. mit schw. CC od. Alter > 89 J.		274	190	0,272	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		260	210	0,299	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		347	193	0,526	0,068
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		238	211	0,419	0,072
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		189	190	0,355	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		151	208	0,253	0,080
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 18 Jahre		207	172	0,306	0,071
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 17 Jahre		211	197	0,293	0,069
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		244	148	0,216	0,062
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		331	193	0,360	0,065
L70A	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre		187	152	0,383	0,111
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre		121	188	0,214	0,106
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse		178	198	0,270	0,199
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom		392	185	0,336	0,075
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag		382	168	0,593	0,063

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie		299	195	0,374	0,070
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC		1.896	195	3,386	0,075
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC		1.332	197	2,976	0,068
M02A	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata mit äußerst schweren CC		1.129	195	1,711	0,073
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC		458	193	0,923	0,060
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 Lymphadenektomie		499	174	0,914	0,056
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		355	150	0,680	0,058
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 bestimmter Lymphadenektomie		370	189	0,716	0,062
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän oder bestimmte radikale Prostatovesikulektomien oder bestimmte Lymphadenektomie		1.189	196	2,463	0,071
M04B	Eingriffe am Hoden mit bestimmtem Eingriff bei Orchitis mit Abszess oder bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung		307	194	0,585	0,069
M04C	Eingriffe am Hoden mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 3 Jahre oder mit schweren CC oder beidseitigem Hodenhochstand, Alter < 14 Jahre		239	171	0,517	0,084
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		223	194	0,440	0,073
M05Z	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis oder großflächige Ablationen der Haut		206	193	0,377	0,073
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag		265	193	0,541	0,079
M07Z	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds		461	164	1,104	0,108
M09A	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder BNB des Penis		686	198	1,214	0,063
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne BNB des Penis		483	196	0,991	0,064
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		2.898	195	5,988	0,063
M10B	Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden		499	190	0,907	0,168
M10C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie		866	193	1,896	0,070
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata		444	191	0,924	0,063
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC		1.438	195	2,188	0,069
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane		1.755	192	2,944	0,079
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC		656	196	0,657	0,066

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	198	0,414	0,067
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie		243	189	0,471	0,072
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane		189	194	0,228	0,062
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann		164	190	0,268	0,072
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff		2.210	166	3,920	0,078
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraleingriff		1.634	193	2,727	0,076
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC		1.169	192	2,052	0,073
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC		942	192	1,850	0,073
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		1.461	192	2,051	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		1.065	193	1,954	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		710	193	1,266	0,070
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		525	194	1,050	0,068
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff		780	191	1,369	0,070
N05A	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Eingriff an der Harnblase		771	190	1,236	0,072
N05B	Ovariektomien 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	191	0,627	0,071
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder bestimmte Embolisierung an viszeralen u. anderen abdominalen Gefäßen auß. bei bösartiger Neubildung oder andere Hysterektomie auß. bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik		392	189	0,763	0,062
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		343	192	0,673	0,066
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		236	186	0,408	0,063
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorg. oder andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien auß. bei bösartiger Neubildung, ohne kompl. Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorg., Alter < 14 Jahre		392	189	0,758	0,066
N09A	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag		507	132	1,238	0,097
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum		193	196	0,361	0,078
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva		185	206	0,350	0,080

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		928	192	1,130	0,070
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC		429	192	0,529	0,065
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva auß. bei BNB od. kl. Eingriffe an Vagina/Douglasr. od. best. Ingr. 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		598	192	0,926	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		349	171	0,687	0,068
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		206	165	0,361	0,067
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.		623	188	1,372	0,062
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		3.168	194	6,575	0,063
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.171	188	2,516	0,064
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie		715	192	1,609	0,073
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff		487	193	1,023	0,063
N21B	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, ohne aufwendigen Eingriff		414	189	0,890	0,064
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation		395	171	0,808	0,064
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		277	193	0,547	0,075
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		2.406	171	4,037	0,073
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		1.507	194	2,655	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		2.596	191	4,329	0,073
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC		603	194	0,601	0,066
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		259	196	0,357	0,066
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane		160	197	0,198	0,063
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre		152	187	0,234	0,072
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre		116	199	0,179	0,077
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Sectio caesarea mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte		1.037	200	1,426	0,073

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. Konst. od. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. äuß. schw. CC		752	185	0,839	0,058
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		480	201	0,600	0,056
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		361	179	0,572	0,058
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	205	0,548	0,059
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW)		288	204	0,549	0,062
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		370	161	0,554	0,062
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		254	177	0,440	0,062
O03Z	Eingriffe bei Extrauterin gravidität		283	177	0,573	0,073
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff		522	181	0,917	0,066
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff		209	178	0,342	0,065
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		154	179	0,265	0,077
O05A	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft mit intrauterinem operativen Verschluss des offenen Rückens		931	110	0,433	0,056
O05B	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag		319	182	0,433	0,056
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		233	197	0,405	0,065
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		188	179	0,328	0,065
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		715	172	0,349	0,051
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		242	195	0,362	0,057
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder Alter < 18 Jahre		212	180	0,340	0,059
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, Alter > 17 Jahre		192	178	0,331	0,061
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff an der Mamma		150	202	0,203	0,063
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie		114	175	0,176	0,070

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		289	196	0,267	0,053
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag		135	201	0,236	0,070
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag		178	202	0,232	0,059
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur		735	163	0,910	0,357
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden		8.302	191	7,432	0,179
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		3.444	203	3,451	0,151
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Eingriff bei univentrikulärem Herzen oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, ohne Beatmung > 180 Stunden		1.821	202	2,408	0,122
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		6.382	204	3,766	0,188
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		3.476	180	1,643	0,155
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		5.958	202	3,592	0,177
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		2.318	185	1,128	0,153
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		4.742	209	3,381	0,161
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		1.743	206	1,163	0,136
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		1.558	190	0,901	0,160
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		3.613	211	2,661	0,172
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		1.470	210	1,267	0,138
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		1.096	209	0,849	0,167
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur		299	163	0,305	0,350
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden		304	183	0,298	0,281
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)		134	159	0,166	0,097

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur		14.609	204	9,469	0,203
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur		9.487	180	5,454	0,200
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur		11.439	201	7,274	0,193
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur		8.418	160	4,674	0,190
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme		1.799	157	1,438	0,259
P62A	Aufnahmegegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur		7.845	203	5,303	0,189
P62B	Aufnahmegegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur		6.819	162	3,725	0,181
P62C	Aufnahmegegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur		5.460	163	2,826	0,173
P62D	Aufnahmegegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme		3.196	129	2,589	0,233
P63Z	Aufnahmegegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden		1.755	157	0,501	0,112
P64Z	Aufnahmegegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden		1.655	160	0,448	0,128
P65A	Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder Beatmung > 95 Stunden		1.781	147	0,590	0,143
P65B	Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem		1.239	160	0,437	0,122
P65C	Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem		919	160	0,274	0,129
P65D	Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne Problem		489	160	0,228	0,118
P66A	Neugeborenes ohne sign. OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., Aufnahmegeg. 2000 - 2499 g mit mehr. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. od. Aufnahmegeg. > 2499 g, m. mehr. schw. Probl., m. Hypothermiebehandlung		1.015	167	0,504	0,127
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	163	0,357	0,127
P66C	Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem		510	161	0,246	0,119
P66D	Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem		170	145	0,164	0,080
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		620	207	0,442	0,139
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegeg. > 2499 g mit schw. Prob., 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		337	205	0,270	0,109
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegeg. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., anderes Problem und mehr als ein Belegungstag oder nicht signifikante OR-Prozedur, ohne Mehrling, ohne bestimmte aufwendige Prozeduren		248	186	0,213	0,098
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		159	179	0,166	0,069
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		118	177	0,145	0,063

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
Q01Z	Eingriffe an der Milz		751	190	1,166	0,083
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung		1.235	194	1,294	0,076
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		732	172	1,417	0,075
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		481	211	0,764	0,067
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre		264	147	0,441	0,066
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre		271	193	0,498	0,072
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		365	163	0,341	0,085
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit kompl. Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, oh. Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC		275	165	0,239	0,073
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		262	195	0,283	0,067
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC		200	193	0,288	0,070
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC		651	190	0,582	0,070
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC		293	209	0,428	0,068
Q62Z	Andere Anämie		297	192	0,322	0,070
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Anämie		330	187	0,299	0,071
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Anämie		258	187	0,273	0,066
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur		1.527	195	2,175	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		1.351	193	2,406	0,070
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn		985	196	1,748	0,075
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur		556	194	0,927	0,072
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen		1.970	199	2,848	0,074
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		1.271	199	1,570	0,073
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC		850	200	1,174	0,068
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC		549	192	0,786	0,069
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		3.484	195	6,644	0,069

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		2.832	197	5,769	0,063
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		1.627	192	3,266	0,068
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		925	171	1,956	0,068
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre		861	197	1,018	0,068
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC		433	199	0,726	0,068
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC		272	195	0,475	0,071
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur		1.252	202	1,965	0,077
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur		842	200	1,682	0,071
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur		500	196	0,949	0,067
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation		444	176	0,817	0,066
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation		387	196	0,724	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		271	195	0,516	0,077
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen		1.229	178	1,587	0,068
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.		1.661	193	0,713	0,068
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose od. Dialyse od. Portimplantation od. intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter > 15 J.		1.322	197	0,580	0,071
R60C	Akute myel. Leukämie m. int. Chemo, auß. schw. CC od. kompl. Diagnostik 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. Erreg. m. Dial. od. auß. schw. od. schwerste CC		882	194	0,434	0,070
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. auß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC		490	192	0,321	0,073
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemoth., ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., ohne äußerst schwere CC od. mit lokaler Chemoth. od. mit Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern od. mit kompl. Diagnostik bei Leukämie		304	190	0,243	0,064
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie		308	191	0,282	0,071
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder bestimmter komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC		1.750	198	1,607	0,076
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. oder mit kompl. Diagnose oder Portimpl., mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit auß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC		909	195	0,753	0,070

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		692	190	0,887	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		623	197	0,536	0,072
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		472	198	0,576	0,069
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		343	194	0,312	0,067
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		357	199	0,427	0,067
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre		259	209	0,297	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		652	196	0,862	0,069
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		479	196	0,615	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		318	197	0,432	0,066
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre		2.762	191	2,910	0,070
R63B	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC		1.132	170	0,714	0,076
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		1.754	190	1,412	0,074
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.		672	190	0,483	0,069
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		582	170	0,386	0,069
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		396	182	0,299	0,068
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC		282	187	0,220	0,070
R63H	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC		224	191	0,201	0,069
R65Z	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag		133	197	0,252	0,099
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre		1.592	147	0,987	0,069
R77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei bestimmten hämatologischen und soliden Neubildungen		1.159	196	0,818	0,067

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur		747	194	1,108	0,073
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag		136	170	0,264	0,096
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit		384	184	0,399	0,068
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation		1.107	188	0,998	0,070
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation		509	191	0,488	0,067
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, mit äußerst schweren CC		1.096	155	0,798	0,065
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, ohne äußerst schwere CC		408	186	0,476	0,065
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, außer bei sonstiger Sepsis		1.705	210	2,074	0,077
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		1.393	199	1,418	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		1.009	199	1,085	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		656	200	0,760	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		377	196	0,501	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		1.857	198	1,455	0,133
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten		774	192	0,421	0,066
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.143	195	0,793	0,102
T60B	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit kompl. 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		910	196	0,764	0,091
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		773	196	0,645	0,091
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		519	192	0,455	0,083
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		466	209	0,431	0,076
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/ 184 / - Aufwandspunkte		254	190	0,366	0,188
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		185	186	0,304	0,183
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen		226	191	0,236	0,062

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		299	182	0,307	0,066
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre		165	194	0,216	0,071
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 14 Jahre mit komplexer Diagnose		353	185	0,290	0,076
T63B	Schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose		316	186	0,285	0,064
T63C	Mäßig schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose		193	188	0,230	0,065
T63D	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose		153	190	0,205	0,073
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		378	191	0,306	0,074
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		350	194	0,333	0,066
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		297	210	0,309	0,068
T77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten		557	192	0,335	0,065
U01Z	Genitalorganumwandelnde Operation	x	477	146	0,868	0,060
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen		576	181	0,310	0,061
U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	x	542	164	0,185	0,054
U42A	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter < 19 Jahre	x	737	101	0,186	0,053
U42B	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage		506	188	0,206	0,056
U42C	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, weniger als 14 Behandlungstage		306	167	0,210	0,059
U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre	x	797	135	0,186	0,051
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		141	170	0,246	0,125
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		145	187	0,253	0,129
U61Z	Schizophrene, wahnhaft und akut psychotische Störungen		349	168	0,398	0,074
U63Z	Schwere affektive Störungen		287	161	0,329	0,073
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen		252	191	0,337	0,072
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit		286	190	0,303	0,067
V40Z	Qualifizierter Entzug		324	163	0,192	0,056
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit bestimmten psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder HIV-Krankheit		370	186	0,354	0,081
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne bestimmte psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, ohne HIV-Krankheit		161	188	0,220	0,086

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug		222	183	0,235	0,083
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit		205	182	0,254	0,144
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmiss- brauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit		192	186	0,249	0,183
W01A	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwands- punkte, mit Frührehabilitation	x	5.536	167		
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Be- atmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte		2.993	193	4,004	0,121
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte		1.170	189	1,520	0,133
W02A	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit komplizierender Konst- ellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder mit intensivme- dizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		2.156	175	3,589	0,087
W02B	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen ohne komplizierende Konst- ellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne intensivmedizi- nische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.325	192	2,021	0,083
W04A	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder Alter < 6 Jahre		1.437	194	2,259	0,087
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		1.004	195	1,431	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		816	191	0,993	0,077
W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur	x	2.674	166	2,850	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		3.951	192	4,910	0,158
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma	x	1.559	135		
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne komplizierende Konstellationen, ohne Beatmung > 24 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte andere Eingriffe		286	163	0,491	0,186
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwands- punkte oder Alter < 12 Jahre		568	188	0,654	0,097
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Auf- wandspunkte, Alter > 11 Jahre		489	184	0,534	0,081
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		1.653	193	2,071	0,070
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konstellation, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit schweren Weichteilschäden oder komplex. OR-Prozedur oder best. mäßig kompl. Eingriff oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT		626	194	0,771	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.		430	172	0,771	0,070
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.		287	169	0,515	0,071

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität		425	185	0,602	0,071
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff		294	144	0,530	0,073
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff		215	182	0,364	0,078
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC		905	194	1,161	0,079
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		468	197	0,697	0,071
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, Alter < 66 Jahre oder ohne bestimmten Eingriff		265	196	0,423	0,069
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers		2.015	142	4,338	0,069
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe		969	164	1,940	0,072
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten		1.805	171	2,004	0,086
X60A	Bestimmte Verletzungen		192	191	0,275	0,078
X60B	Verletzungen und allergische Reaktionen ohne bestimmte Verletzungen		143	201	0,205	0,099
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata		200	212	0,266	0,091
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung		131	201	0,198	0,103
Y01Z	Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen	x	3.801	191	4,579	0,167
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		2.303	167	2,298	0,108
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.		1.239	184	1,226	0,102
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.		512	144	0,818	0,060
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.		612	183	0,688	0,085
Y03Z	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen		266	188	0,352	0,078
Y61Z	Schwere Verbrennungen	x	519	160		
Y62Z	Andere Verbrennungen		198	169	0,212	0,067
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag		115	164	0,187	0,116
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation		624	186	0,891	0,076
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit bestimmtem Eingriff		332	199	0,665	0,072

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		202	200	0,281	0,069
Z02Z	Leberspende (Lebendspende)	x	1.121	162	2,087	0,081
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)		761	147	1,469	0,069
Z04Z	Lungenspende (Lebendspende)	x				
Z41Z	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender	x	177	69		
Z42Z	Stammzellentnahme bei Fremdspender	x	154	130	0,193	0,143
Z43Z	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender	x	184	141	0,316	0,106
Z64A	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddiagnostik		448	123	0,767	0,169
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontakthanlass		216	190	0,386	0,093
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontakthanlass oder allergologische Provokationstestung bis 2 Belegungstage		136	210	0,209	0,079
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung		211	207	0,288	0,071
Z66Z	Vorbereitung zur Lebendspende		281	172	0,571	0,086
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		1.357	200	1,403	0,085
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		1.207	199	1,377	0,074
801C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur oder anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder bei Para- / Tetraplegie		1.044	196	1,317	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		915	215	1,073	0,073
801E	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe, komplexe oder bestimmte OR-Prozedur		702	212	0,839	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	0,970	0,074
802B	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit mäßig komplexer OR-Prozedur		893	210	1,038	0,071
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur		619	215	0,824	0,070
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose		385	209	0,552	0,068
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht		333	146	0,298	0,154
960Z	Nicht gruppierbar		3.052	129		
961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		108	99		

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	Unbewertet	Mittlere Tageskosten	Getroffene Module	BR/Tag
P001Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, bis zu 7 Pflgetage	x	40	122	1,740
P002Z	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Kindern und Jugendlichen, Einzelbetreuung mit hohem Aufwand		22	161	0,982
P003A	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Krisenintervention und komplexer Entlassungsaufwand mit äußerst hohem Aufwand		24	178	1,062
P003B	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Krisenintervention und komplexer Entlassungsaufwand mit sehr hohem Aufwand oder mit schwerer oder schwerster Pflegebedürftigkeit oder mit Intensivbehandlung oder Alter > 79 Jahre		25	178	1,086
P003C	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Krisenintervention und komplexer Entlassungsaufwand mit deutlich erhöhtem Aufwand, ohne schwere oder schwerste Pflegebedürftigkeit, ohne Intensivbehandlung, Alter < 80 Jahre		26	175	1,157
PA01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit komplizierender Konstellation		23	164	1,010
PA01B	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ohne komplizierende Konstellation		24	163	1,041
PA02A	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotr. Subst. mit Heroinkon. od. sonst. Subst. (intrav.) od. mit schw. Begleiterkr. bei Opiatabh. od. Schwanger. od. mit schw. od. schwerster Pflegebed. od. mit hoher Therapieintensität od. mit hohem Betreuungsaufw.		25	196	1,099
PA02B	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter > 74 Jahre oder mit kompliz. Konstellation oder mit multiplem Substanzmissbrauch bei Opiat- oder Kokainkonsum oder mit hoher Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting		26	197	1,135
PA02C	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter > 64 J. u. < 75 J. oder mit Qualifiziertem Entzug ab mehr als 14 Behandlungstagen oder mit kompliz. Konstell. oder mit multiplem Substanzmissbrauch außer bei Opiat- und Kokainkonsum		26	198	1,153
PA02D	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Heroinkonsum oder intravenösen Gebrauch sonstiger Substanzen, ohne Qualifizierten Entzug ab mehr als 14 Behandlungstagen		29	197	1,259
PA03A	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder mit Intensivbehandlung oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting		24	201	1,062
PA03B	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität, ohne Intensivbehandlung, ohne Mutter/Vater-Kind-Setting		24	200	1,069
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		24	201	1,058
PA04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 85 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit Mutter/Vater-Kind-Setting oder mit komplizierender Diagnose oder mit erheblicher Pflegebedürftigkeit oder Alter > 64 Jahre		23	201	1,009
PA04C	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplizierende Diagnose, ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit		22	201	0,987
PA14A	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder mit erheblicher Pflegebedürftigkeit		25	196	1,085
PA14B	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität, ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit		23	194	1,026

PEPP	Bezeichnung	Unbewertet	Mittlere Tageskosten	Getroffene Module	BR/Tag
PA15A	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonst. degen. Krankheiten des Nervensystems mit kompliz. Konst. oder mit schw. oder schwerster mot. Fkt-einschr. oder mit hoher Therapieintens. oder 1:1-Betreuung mit erhöhtem Aufw.		24	199	1,045
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	1,057
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	198	1,051
PA16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	x	28	135	1,232
PA17Z	Andere psychosomatische Störungen	x	19	68	0,839
PA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	x	31	129	1,350
PA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	x	37	119	1,635
PA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	x			
PK01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit komplizierender Konstellation		22	143	0,947
PK01B	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ohne komplizierende Konstellation		20	142	0,884
PK02A	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhtem Betreuungsaufwand oder mit Behandlung im besonderen Setting oder Alter < 14 Jahre		24	128	1,038
PK02B	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen ohne komplizierende Konstellation, ohne erhöhten Betreuungsaufwand, ohne Behandlung im besonderen Setting oder Alter > 13 Jahre		27	128	1,178
PK03A	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen mit Intensivbehandlung		23	129	1,013
PK03B	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen ohne Intensivbehandlung		24	128	1,058
PK04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhtem Betreuungsaufwand oder mit hoher Therapieintensität oder mit Intensivbehandlung		23	164	1,032
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	162	0,978
PK04C	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen ohne komplizierende Konstellation, ohne erhöhten Betreuungsaufwand, ohne hohe Therapieintensität, ohne Intensivbehandlung, ohne komplizierende Nebendiagnose, Alter > 13 Jahre		23	181	1,008
PK10A	Ess- und Fütterstörungen mit hoher Therapieintensität oder mit Intensivbehandlung oder mit erhöhtem Betreuungsaufwand oder Alter < 12 Jahre		21	174	0,938
PK10B	Ess- und Fütterstörungen ohne hohe Therapieintensität, ohne Intensivbehandlung, ohne erhöhten Betreuungsaufwand, Alter > 11 Jahre		21	160	0,917
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	162	0,967
PK14B	Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Stör., Alter 8-13 J. od. mit erhöhter Pflegebed., ohne kompliz. ND, ohne erhöhten Betreuungsaufw., ohne hohe Therapieintens., ohne Intensivbeh.		21	143	0,937

PEPP	Bezeichnung	Unbewertet	Mittlere Tageskosten	Getroffene Module	BR/Tag
PK14C	Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Stör., Alter > 13 Jahre, ohne erhöhter Pflegebed., ohne kompliz. ND, ohne erhöhten Betreuungsaufw., ohne hohe Therapieint., ohne Intensivbeh.		24	161	1,043
PK15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems	x	23	67	
PK16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	x			
PK17Z	Andere psychosomatische Störungen	x	20	54	0,901
PK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	x	21	138	0,923
PK98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	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 Mutter/Vater-Kind-Setting oder mit erheblicher Pflegebedürftigkeit		21	197	0,904
PP04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität, ohne Mutter/Vater-Kind-Setting, ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit		20	198	0,888
PP10A	Anorexia nervosa oder Ess- und Fütterstörungen mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität		20	181	0,869
PP10B	Ess- und Fütterstörungen außer bei Anorexia nervosa ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität		20	150	0,866
PP14Z	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen		20	163	0,880
PP15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	x	23	107	1,012
PP16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	x	24	77	1,048
PP17Z	Andere psychosomatische Störungen	x	23	135	1,023
PP18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	x	23	106	1,013
PP98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	x	24	91	1,034
PP99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	x			
PF01Z	Fehlkodierung bei erhöhtem Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Krisenintervention und Entlassungsaufwand		30	142	1,335
PF02Z	Fehlkodierung bei psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung bei Erwachsenen				
PF03Z	Fehlkodierung bei Einzel- und Kleinstgruppenbetreuung bei Kindern und Jugendlichen		16	67	0,704
PF04Z	Fehlkodierung der Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen mit unzulässiger Erfassung mehrerer Therapieeinheitenkodes am gleichen Tag		20	68	0,899
PF96Z	Nicht gruppierbar				