

# **Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung 2004 - KFPV 2004)**

Vom 13. Oktober 2003 (BGBl. I S. 1995)

Auf Grund des § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), der durch Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe f des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) eingefügt und durch Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe c des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) neu gefasst worden ist, sowie auf Grund von § 8 Abs. 5 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes, der durch Artikel 2 Nr. 5a des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) eingefügt wurde, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

## **Abschnitt 1**

### **Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen**

#### **§ 1**

#### **Abrechnung von Fallpauschalen**

(1) Die Fallpauschalen werden jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet. Im Falle der Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale ab. Diese wird nach Maßgabe des § 3 gemindert; dies gilt nicht für Fallpauschalen, die im Fallpauschalen-Katalog als Verlegungs-Fallpauschalen gekennzeichnet sind. Eine Verlegung im Sinne des Satzes 2 liegt vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind.

(2) Ist die Verweildauer eines Patienten oder einer Patientin länger als die obere Grenzverweildauer, wird für den dafür im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Tag und jeden weiteren Belegungstag des Krankenhausaufenthalts zusätzlich zur Fallpauschale ein tagesbezogenes Entgelt abgerechnet. Dieses wird ermittelt, indem die für diesen Fall im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird. Die Zahl der zusätzlich abrechenbaren Belegungstage ist wie folgt zu ermitteln:

$$\begin{aligned} & \text{Belegungstage insgesamt (tatsächliche Verweildauer nach Absatz 7) + 1} \\ & \text{- erster Tag mit zusätzlichem Entgelt bei oberer Grenzverweildauer} \\ & \text{= zusätzlich abrechenbare Belegungstage.} \end{aligned}$$

(3) Ist die Verweildauer von nicht verlegten Patientinnen oder Patienten kürzer als die untere Grenzverweildauer, ist für den dafür im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Tag und jeden weiteren, nicht erbrachten Belegungstag ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen. Im Fallpauschalen-Katalog ist der erste Tag mit Abschlag ausgewiesen. Die Höhe des Abschlags je Tag wird ermittelt, indem die für diesen Fall im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird. Die Zahl der Abschlagstage ist wie folgt zu ermitteln:

Erster Tag mit Abschlag bei unterer Grenzverweildauer + 1  
- Belegungstage insgesamt (tatsächliche Verweildauer nach Absatz 7)  
= Zahl der Abschlagstage.

(4) Erfolgt die Behandlung sowohl in Hauptabteilungen als auch in belegärztlichen Abteilungen desselben Krankenhauses, ist die Höhe der Fallpauschale nach folgender Rangfolge festzulegen:

1. nach der Abteilungsart mit der höheren Zahl der Belegungstage,
2. bei gleicher Zahl der Belegungstage in Haupt- und Belegabteilungen nach der Hauptabteilung.

Ist im Ausnahmefall eine Fallpauschale für belegärztliche Versorgung nicht vorgegeben, ist die Fallpauschale für Hauptabteilungen abzurechnen. Ist bei einer belegärztlichen Versorgung im Rahmen der Geburtshilfe (MDC 14) für eine Fallpauschale eine Bewertungsrelation für die Beleghebamme in der Spalte 6 oder 7 nicht vorgegeben, so sind die Bewertungsrelationen der Spalte 5 maßgeblich.

(5) Für jedes Neugeborene, das nach der Versorgung im Kreißsaal weiter im Krankenhaus versorgt wird, ist ein eigener Fall zu bilden und eine eigene Fallpauschale abzurechnen. In diesem Falle ist für die Mutter und das Neugeborene jeweils eine Rechnung zu erstellen; werden Mutter und Kind gemeinsam entlassen, ist auf der Rechnung für das Neugeborene die Versichertennummer der Mutter anzugeben. Ist im Fallpauschalen-Katalog für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfand, eine Mindestverweildauer für die Fallpauschale vorgegeben und wird diese nicht erreicht, ist die Versorgung des Neugeborenen mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten. Im Falle einer Verlegung gilt Absatz 1 Satz 2 bis 4.

(6) Zur Einstufung in die jeweils abzurechnende Fallpauschale sind Programme (Groupen) einzusetzen, die vom DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zertifiziert sind. Für Art und Höhe der abzurechnenden Fallpauschale oder des Zusatzentgelts ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich. Ist bei der Zuordnung von Behandlungsfällen zu einer Fallpauschale auch das Alter der behandelten Person zu berücksichtigen, ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

(7) Maßgeblich für die Ermittlung der Verweildauer ist die Zahl der Belegungstage. Belegungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag aus dem Krankenhaus; wird ein Patient oder eine Patientin am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag. Für den Fall von Wiederaufnahmen gilt § 2 Abs. 4 Satz 3.

(8) In der Rechnung des Krankenhauses sind der sich nach dem Fallpauschalen-Katalog ergebende Betrag für die Fallpauschale sowie Abschläge, weitere Entgelte und Zuschläge gesondert und in einer für die Patientin oder den Patienten verständlichen Form auszuweisen; das Verfahren nach § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

## § 2

### **Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus**

(1) Das Krankenhaus hat eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn

1. ein Patient oder eine Patientin innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, wieder aufgenommen wird und
2. für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wird.

Eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Satz 1 wird nicht vorgenommen, wenn die Fallpauschalen dieser Basis-DRG bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 15 des Fallpauschalen-Katalogs gekennzeichnet sind.

(2) Eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale ist auch dann vorzunehmen, wenn

1. ein Patient oder eine Patientin innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird und
2. innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die „medizinische Partition“ oder die „andere Partition“ und die anschließende Fallpauschale in die „operative Partition“ einzugruppieren ist.

Eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Satz 1 wird nicht vorgenommen, wenn einer der Krankenhausaufenthalte mit einer Fallpauschale abgerechnet werden kann, die bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 15 des Fallpauschalen-Katalogs gekennzeichnet ist.

(3) Werden Patienten oder Patientinnen, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts, wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen. Die Absätze 1 und 2 gehen der Vorgabe nach Satz 1 vor. Satz 1 ersetzt die Vorgaben des § 8 Abs. 5 Satz 1 und 2 des Krankenhausentgeltgesetzes; diese sind während der Geltungsdauer dieser Verordnung (§ 10) nicht anzuwenden.

(4) Bei der Anwendung der Absätze 1 bis 3 ist für jeden Krankenhausaufenthalt eine DRG-Eingruppierung vorzunehmen. Auf dieser Grundlage hat das Krankenhaus eine Neueinstufung in eine Fallpauschale mit den Falldaten aller zusammen zu führenden Krankenhausaufenthalte durchzuführen. Dabei sind zur Ermittlung der Verweildauer die Belegungstage der Aufenthalte in diesem Krankenhaus zusammenzurechnen. Die obere Grenzverweildauer, die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 für die Fallzusammenführung maßgeblich ist, ergibt sich aus dem Aufnahmedatum und der DRG-Eingruppierung des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts in diesem Krankenhaus. Hat das Krankenhaus einen der zusammen zu führenden Aufenthalte bereits abgerechnet, ist die Abrechnung zu stornieren. Maßgeblich für die zusätzliche Abrechnung von tagesbezogenen Entgelten ist die Grenzverweildauer, die sich nach der Fallzusammenführung ergibt; für die Ermittlung der Verweildauer gilt Satz 3 entsprechend. Die Sätze 1 bis 6 gelten nicht, soweit tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abzurechnen sind.

§ 3

**Abschläge bei Verlegung**

(1) Im Falle einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus ist von dem verlegenden Krankenhaus ein Abschlag vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird. Die Höhe des Abschlags je Tag wird ermittelt, indem die bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 11 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 13 des Fallpauschalen-Katalogs ausgewiesene Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird. Die Zahl der Tage, für die ein Abschlag vorzunehmen ist, wird wie folgt ermittelt:

Mittlere Verweildauer nach dem Fallpauschalen-Katalog,  
kaufmännisch auf die nächste ganze Zahl gerundet

- Belegungstage insgesamt (tatsächliche Verweildauer nach § 1 Abs. 7)

= Zahl der Abschlagstage.

(2) Im Falle einer Verlegung aus einem anderen Krankenhaus ist von dem aufnehmenden Krankenhaus ein Abschlag entsprechend den Vorgaben des Absatzes 1 vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer im aufnehmenden Krankenhaus unterschritten wird. Dauerte die Behandlung im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden, so ist im aufnehmenden Krankenhaus kein Verlegungsabschlag nach Satz 1 vorzunehmen; bei einer frühzeitigen Entlassung durch das aufnehmende Krankenhaus ist die Regelung zur unteren Grenzverweildauer nach § 1 Abs. 3, bei einer Weiterverlegung die Abschlagsregelung nach Absatz 1 anzuwenden.

(3) Wird ein Patient oder eine Patientin aus einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus verlegt und von diesem innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum eines ersten Krankenhausaufenthalts in dasselbe Krankenhaus zurückverlegt (Rückverlegung), hat das wiederaufnehmende Krankenhaus die Falldaten des ersten Krankenhausaufenthalts und aller weiteren, innerhalb dieser Frist in diesem Krankenhaus aufgenommenen Fälle zusammenzufassen und eine Neueinstufung nach den Vorgaben des § 2 Abs. 4 Satz 1 bis 6 in eine Fallpauschale durchzuführen sowie Absatz 2 Satz 1 anzuwenden. Satz 1 findet keine Anwendung für Fälle der Hauptdiagnosegruppe für Neugeborene (MDC 15). Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Krankenhausaufenthalte, für die anstelle einer Fallpauschale tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abzurechnen sind.

(4) Ist in einem Krankenhaus neben dem Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen einerseits noch ein Entgeltbereich nach der Bundespflegesatzverordnung oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes andererseits vorhanden, sind diese unterschiedlichen Entgeltbereiche im Falle von internen Verlegungen wie selbständige Krankenhäuser zu behandeln. Für den Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 4

**Fallpauschalen bei bestimmten Transplantationen**

(1) Mit Fallpauschalen bei Transplantationen von Organen nach § 9 Satz 1 des Transplantationsgesetzes, bei Transplantationen der Augenhornhaut sowie bei Transplantationen von Knochenmark oder hämatopoetischen Stammzellen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für die stationäre Versorgung eines Transplantatempfängers, einer Transplantatempfängerin oder bei der Lebendspende vergü-

tet. Nicht mit den Fallpauschalen vergütet und folglich gesondert abrechenbar sind insbesondere folgende Leistungen:

1. die Leistungen des Krankenhauses für eine Organentnahme bei möglichen postmortalen Organspendern oder Organspenderinnen,
2. die Leistungen der Koordinierungsstelle nach § 11 des Transplantationsgesetzes für die Bereitstellung eines postmortal gespendeten Organs zur Transplantation einschließlich eines dafür erforderlichen Transports des Organs,
3. die Leistungen der Vermittlungsstelle nach § 12 des Transplantationsgesetzes für die Vermittlung eines postmortal gespendeten Organs,
4. die Gutachtenerstellung durch die Kommission nach § 8 Abs. 3 Satz 2 des Transplantationsgesetzes vor einer möglichen Lebendspende,
5. die Voruntersuchungen gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe c des Transplantationsgesetzes bei möglichen Lebendspendern oder Lebendspenderinnen, nicht jedoch die entsprechenden Untersuchungen bei tatsächlichen Lebendspendern oder Lebendspenderinnen,
6. der Transport von Knochenmark oder hämatopoetischen Stammzellen,
7. die Kontrolluntersuchungen nach § 115a Abs. 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei einem Transplantatempfänger oder einer Transplantatempfängerin; § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt unberührt,
8. die Kontrolluntersuchungen nach § 115a Abs. 2 Satz 7 in Verbindung mit Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei einem Lebendspender oder einer Lebendspenderin; § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt unberührt.

(2) Für Transplantationen nach Absatz 1 Satz 1 ist jeweils eine Fallpauschale gegenüber den Transplantatempfängern, den Transplantatempfängerinnen oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen.

(3) Für stationär aufgenommene Lebendspender oder Lebendspenderinnen, bei denen

1. eine Organentnahme vorgenommen wird oder
2. sich erst während der Entnahmeoperation herausstellt, dass das Organ nicht entnommen werden kann, oder
3. sich erst nach der Organentnahme herausstellt, dass das Organ nicht transplantiert werden kann,

ist eine Fallpauschale abzurechnen. Bei erfolgter Transplantation der entnommenen Organe ist die jeweilige Fallpauschale gegenüber den Transplantatempfängern, den Transplantatempfängerinnen oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen. Kommt es nicht zur Transplantation, ist die jeweilige Fallpauschale gegenüber der Person, die zum Transplantatempfang vorgesehen war, oder gegenüber deren Sozialleistungsträger abzurechnen. Auf der Rechnung ist die Versichertennummer der Person, die das Transplantat empfangen hat oder für die Transplantation vorgesehen war, anzugeben. Werden hämatopoetische Stammzellen bei Familienspendern aus dem Ausland oder bei nichtverwandten Spendern über in- oder ausländische Spenderdateien bezogen, wird anstelle der Fallpauschale ein entsprechendes Zusatzentgelt abgerechnet.

(4) Die Leistungen des Krankenhauses nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 sind gegenüber der Koordinierungsstelle nach § 11 des Transplantationsgesetzes abzurechnen. Die Leistungen des Krankenhauses nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 5 sind gegenüber den Personen, die zum Transplantatempfang vorgesehen waren, oder gegenüber deren Sozialleistungsträgern abzurechnen.

## **Abschnitt 2**

### **Abrechnungsbestimmungen für andere Entgeltarten**

#### **§ 5**

##### **Abrechnung von Zusatzentgelten**

(1) Zusätzlich zu einer Fallpauschale oder zu den Entgelten nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes dürfen bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgeltkatalog nach Anlage 2 abgerechnet werden. § 15 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt unberührt.

(2) Für die in Anlage 4 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht vergüteten Leistungen vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. Diese können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Entgelten abgerechnet werden.

(3) Zusatzentgelte für Dialysen können zusätzlich zu einer DRG-Fallpauschale oder zu einem Entgelt nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet werden; dies gilt nicht für die Fallpauschalen der Basis-DRG L60 und L71 und für das nach Anlage 3 krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelt L61, bei denen die Behandlung des Nierenversagens die Hauptleistung ist.

#### **§ 6**

##### **Abrechnung von teilstationären Leistungen**

(1) Teilstationäre Leistungen sind mit Entgelten abzurechnen, die nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes krankenhausesindividuell vereinbart worden sind.

(2) Werden Patientinnen oder Patienten, für die eine DRG-Fallpauschale abrechenbar ist, innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum der Fallpauschale, zur teilstationären Behandlung in dasselbe Krankenhaus wieder aufgenommen oder wechseln sie in demselben Krankenhaus von der vollstationären Versorgung in die teilstationäre Versorgung, kann für die Tage innerhalb der oberen Grenzverweildauer einer zuvor abrechenbaren Fallpauschale ein tagesbezogenes teilstationäres Entgelt nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes nicht zusätzlich berechnet werden. Satz 1 gilt nicht für tagesbezogene teilstationäre Entgelte für Leistungen der Onkologie, der Schmerztherapie, die HIV-Behandlung sowie für Dialysen.

## § 7

### **Abrechnung von sonstigen Entgelten**

(1) Sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes können krankhausindividuell vereinbart werden für

1. Leistungen, die nach Anlage 3 noch nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden,
2. teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und
3. besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Werden fallbezogene Entgelte vereinbart, müssen auch Vereinbarungen zu den übrigen Bestandteilen des Fallpauschalen-Katalogs nach Anlage 1 getroffen werden, damit die Entgelte von den Abrechnungsprogrammen verarbeitet werden können, die für die DRG-Fallpauschalen vorgesehen sind. Für den Fall der Verlegung eines Patienten oder einer Patientin in ein anderes Krankenhaus sind Abschlagsregelungen zu vereinbaren; dies gilt nicht, soweit Verlegungs-Fallpauschalen im Sinne des § 1 Abs. 1 Satz 3 vereinbart werden. Für den Fall der Wiederaufnahme eines Patienten oder einer Patientin in dasselbe Krankenhaus sollen für fallbezogene Entgelte Vereinbarungen getroffen werden, die den Vorgaben nach § 2 Abs. 1, 2 und 4 entsprechen.

(2) Für die Abrechnung von fallbezogenen Entgelten gelten die Abrechnungsbestimmungen nach § 8 Abs. 2 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes und nach § 2 Abs. 3 entsprechend.

(3) Tagesbezogene Entgelte werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts abgerechnet (Berechnungstage); der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahmetag ist, wird nur bei tagesbezogenen Entgelten für teilstationäre Behandlung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 abgerechnet.

## **Abschnitt 3**

### **Sonstige Vorschriften**

## § 8

### **Fallzählung**

(1) Jede abgerechnete Fallpauschale nach Anlage 1 zählt im Jahr der Entlassung als ein Fall. Dies gilt auch für Neugeborene sowie für stationäre Fallpauschalen, die mit nur einem Belegungstag ausgewiesen sind. Bei einer Wiederaufnahme nach § 2 und einer Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 ist jeweils nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird.

(2) Leistungen, für die Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet werden, sind wie folgt zu zählen:

1. Jedes fallbezogene Entgelt für eine voll- oder teilstationäre Leistung zählt als ein Fall.
2. Für tagesbezogene Entgelte gelten die Vorgaben der Fußnoten 11 und 11a in Anhang 2 zu Anlage 1 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend.

§ 9

**Laufzeit der Entgelte**

(1) Bei Krankenhäusern, die das DRG-Vergütungssystem bereits im Jahr 2003 eingeführt haben, sind die Fallpauschalen nach Anlage 1 abzurechnen für Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2004 in das Krankenhaus aufgenommen werden. Können die Fallpauschalen noch nicht mit der für das Jahr 2004 vereinbarten oder festgesetzten Höhe des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts gewichtet werden, sind sie nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der bisher geltenden Höhe des Basisfallwerts zu gewichten und in der sich ergebenden Entgelthöhe abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 3 noch keine krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600 Euro abzurechnen. Bei Krankenhäusern, die das DRG-Vergütungssystem erstmals im Jahr 2004 einführen, sind die Fallpauschalen ab dem in § 15 Abs. 1 Satz 1 und 2 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Zeitpunkt abzurechnen.

(2) Krankenhäuser, die im Jahr 2003 für teilstationäre Leistungen die DRG-Fallpauschalen abgerechnet haben, rechnen ab dem 1. Januar 2004 bis zum Beginn der Laufzeit der nach § 6 Abs. 1 Satz 1 zu vereinbarenden Entgelte die für das Jahr 2002 vereinbarten teilstationären Entgelte ab. Wurden für das Jahr 2002 solche Entgelte nicht vereinbart, rechnet das Krankenhaus die im Jahr 2003 abgerechneten DRG weiter ab.

**Abschnitt 4**

**Geltungsdauer, Inkrafttreten**

§ 10

**Geltungsdauer**

Die Vorschriften der Abschnitte 1 bis 3 gelten vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2004. Kann der Fallpauschalen-Katalog 2005 erst nach dem 1. Januar 2005 angewendet werden, sind nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes die Leistungen weiterhin nach dem Fallpauschalen-Katalog 2004, gewichtet mit dem krankenhausesindividuellen Basisfallwert für das Jahr 2004, abzurechnen. Solange noch keine neuen Abrechnungsregeln vereinbart oder in Kraft getreten sind, gelten die Abrechnungsbestimmungen nach dieser Verordnung weiter.

§ 11

**Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Bonn, den 13. Oktober 2003

Die Bundesministerin für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ulla Schmidt

## **Anlage 1**

(zu § 1 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 9 Abs. 1 Satz 1)

### **Fallpauschalen-Katalog**

Die Bewertungsrelationen gelten für die Abrechnung von stationären Leistungen. Dies gilt nicht, soweit nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sonstige Entgelte für bestimmte Leistungen nach Anlage 3, teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 oder besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart worden sind.

#### **Abkürzungen:**

CC	Komplikationen oder Komorbiditäten
MDC	Hauptdiagnosegruppe (Major Diagnostic Category)
OR	operativ (Operating Room)
Partition „O“	operative Fallpauschalen
Partition „A“	andere Fallpauschalen, z. B. Langzeitmonitoring, Koloskopie
Partition „M“	medizinische Fallpauschalen

#### **Fußnoten:**

- 1) Belegungstage, die der Kalkulation der Fallpauschale zu Grunde gelegt wurden.
- 2) Erster Belegungstag, an dem nach § 1 Abs. 3 ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen ist.
- 3) Erster Belegungstag, an dem nach § 1 Abs. 2 ein tagesbezogenes Entgelt zusätzlich zur Fallpauschale gezahlt wird.
- 4) Eine Zusammenfassung von Fällen bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus nach § 2 Abs. 1 und 2 erfolgt nicht.
- 5) Die Definition der DRG-Fallpauschalen schließt eine untere oder obere Grenzverweildauer aus.

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Prä-MDC</b>												
A01A	O	Lebertransplantation mit Langzeitbeatmung	21,434		39,2	12	1,378	57	0,320	0,446		X
A01B	O	Lebertransplantation ohne Langzeitbeatmung, mit Transplantatabstoßung	17,333		37,7	12	1,147	56	0,277	0,385		X
A01C	O	Lebertransplantation ohne Langzeitbeatmung, ohne Transplantatabstoßung	12,189		28,8	9	1,000	47	0,243	0,336		X
A02A	O	Transplantation von Niere und Pankreas mit Transplantatabstoßung	15,978		51,3	16	0,883	69	0,205	0,287		X
A02B	O	Transplantation von Niere und Pankreas ohne Transplantatabstoßung	12,014		31,3	9	0,931	49	0,208	0,288		X
A03A	O	Lungentransplantation mit Langzeitbeatmung	27,142		40,9	13	1,655	59	0,397	0,554		X
A03B	O	Lungentransplantation ohne Langzeitbeatmung, bei zystischer Fibrose (Mukoviszidose)	18,232		50,4	16	0,927	68	0,219	0,307		X
A03C	O	Lungentransplantation ohne Langzeitbeatmung, außer bei zystischer Fibrose (Mukoviszidose)	12,854		32,1	10	0,941	50	0,226	0,313		X
A04A	O	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogenen, HLA- verschieden	31,273		50,7	16	1,662	69	0,390	0,546		X
A04B	O	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogenen, HLA- identisch, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC	28,552		46,1	14	1,719	64	0,392	0,548		X
A04C	O	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogenen, HLA- identisch, Alter > 18 Jahre ohne äußerst schwere CC	22,223		39,8	12	1,569	58	0,358	0,499		X
A05A	O	Herztransplantation mit Langzeitbeatmung	26,171		50,8	16	1,112	69	0,260	0,365		X
A05B	O	Herztransplantation ohne Langzeitbeatmung, Alter < 19 Jahre	15,876		50,4	16	0,761	68	0,180	0,252		X
A05C	O	Herztransplantation ohne Langzeitbeatmung, Alter > 18 Jahre	13,337		29,2	9	0,900	47	0,216	0,298		X
A06Z	O	Langzeitbeatmung > 1799 Stunden	48,272		110,6	<sup>5)</sup>		129	0,286	0,405		X
A07Z	O	Langzeitbeatmung > 1199 und < 1800 Stunden	32,562		73,5	<sup>5)</sup>		91	0,289	0,407		X
A08Z	O	Langzeitbeatmung > 959 und < 1200 Stunden	23,673		57,0	<sup>5)</sup>		75	0,262	0,368		X
A09Z	O	Langzeitbeatmung > 719 und < 960 Stunden	19,690		46,6	<sup>5)</sup>		65	0,266	0,372		X
A10Z	O	Langzeitbeatmung > 479 und < 720 Stunden	14,930		35,2	<sup>5)</sup>		53	0,261	0,363		X
A11A	O	Langzeitbeatmung > 263 und < 480 Stunden, Alter < 4 Jahre oder äußerst schwere CC	9,920		26,3	<sup>5)</sup>		44	0,232	0,319		X
A11B	O	Langzeitbeatmung > 263 und < 480 Stunden, Alter > 3 Jahre ohne äußerst schwere CC	8,695		24,2	<sup>5)</sup>		42	0,217	0,298		X
A12Z	O	Langzeitbeatmung > 143 und < 264 Stunden	6,967		21,3	6	0,845	39	0,194	0,265		X
A13Z	O	Langzeitbeatmung > 95 und < 144 Stunden	6,162		19,7	6	0,725	38	0,181	0,245		X
A14Z	O	Beatmung, Alter < 16 Jahre	4,527		17,8	5	0,593	34	0,140	0,189		X
A15A	O	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, mit in- vitro Aufbereitung, Alter < 19 Jahre	19,922		34,6	11	1,601	52	0,389	0,540		X
A15B	O	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, mit in- vitro Aufbereitung, Alter > 18 Jahre	9,369		25,2	7	1,045	39	0,233	0,320		X
A15C	O	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, ohne in-vitro Aufbereitung	7,423		22,8	7	0,900	35	0,221	0,303		X
A16A	O	Transplantation von Darm oder Pankreas(gewebe), Transplantation von Darm oder Pankreas (gesamtes Organ oder Segment)	10,378		25,1	7	0,954	40	0,213	0,292		X
A17A	O	Nierentransplantation, Alter < 16 Jahre	7,822		28,1	8	0,744	43	0,167	0,230		X
A17B	O	Nierentransplantation, Alter > 15 Jahre	5,950		21,6	6	0,700	38	0,159	0,217		X

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
A42Z	A	Stammzellentnahme bei Eigenspender	4,420		16,1	4	0,881	31	0,191	0,257		X
A60A	M	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates mit äußerst schweren CC	2,699		16,0	4	0,494	32	0,108	0,145		X
A60B	M	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates ohne äußerst schwere CC	1,424		9,4	2	0,435	22	0,097	0,125		X
A60C	M	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag	0,321		1,0							X
<b>MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems</b>												
B01Z	O	Revision eines Ventrikelschuntes ohne weitere OR-Prozeduren	1,597		8,5	2	0,365	18	0,090	0,116		
B02A	O	Kraniotomie mit äußerst schweren CC oder Epilepsiechirurgie, mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	5,998		37,3	11	0,417	55	0,134	0,131		
B02B	O	Kraniotomie mit äußerst schweren CC oder Epilepsiechirurgie, ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung	4,346		18,8	5	0,540	36	0,121	0,164		
B02C	O	Kraniotomie ohne äußerst schwere CC, ohne Epilepsiechirurgie, mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	4,978		27,9	8	0,435	46	0,141	0,136		
B02D	O	Kraniotomie ohne äußerst schwere CC, ohne Epilepsiechirurgie, ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, mit aufwändiger Schädelöffnung	3,256		15,2	4	0,413	28	0,095	0,127		
B02E	O	Kraniotomie ohne äußerst schwere CC, ohne Epilepsiechirurgie, ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, ohne aufwändige Schädelöffnung	2,459		12,4	3	0,410	25	0,092	0,122		
B03A	O	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder äußerst schwere oder schwere CC	2,835		16,5	4	0,378	33	0,080	0,108		
B03B	O	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,480		9,5	2	0,264	18	0,058	0,075		
B04A	O	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC	2,479		14,9	4	0,358	31	0,084	0,112		
B04B	O	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC	1,592		9,0	2	0,330	18	0,077	0,099		
B05Z	O	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom	0,443		2,9	1	0,129	7	0,062	0,066		
B06A	O	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie mit äußerst schweren CC	2,922		20,4	6	0,329	38	0,079	0,108		
B06B	O	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie ohne äußerst schwere CC, Alter < 19 Jahre oder schwere CC	1,796		11,2	3	0,297	25	0,074	0,097		
B06C	O	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie ohne äußerst schwere CC, Alter > 18 Jahre ohne schwere CC	0,803		5,5	1	0,228	14	0,058	0,070		
B07A	O	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC	2,727		20,9	6	0,343	38	0,081	0,110		
B07B	O	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems ohne äußerst schwere CC	1,030		5,9	1	0,285	16	0,067	0,082		
B09Z	O	Andere Eingriffe am Schädel	1,598		10,4	2	0,407	23	0,082	0,107		
B10Z	O	Operative Eingriffe bei nicht akuter Paraplegie / Tetraplegie	2,589		18,8	5	0,366	36	0,082	0,111		
B41Z	A	Präoperatives Video-EEG bei komplexer Epilepsie	3,443		15,3	4	0,686	29	0,157	0,210		
B42A	A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC mit komplexer Diagnose	6,160		46,7	15	0,383	65	0,131	0,129		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbatterie	Mittlere Verweildauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungsrelation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungsrelation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
B42B	A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC ohne komplexe Diagnose	3,429		30,7	9	0,339	49	0,110	0,107		
B42C	A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne äußerst schwere CC oder Geriatrische Komplexbehandlung	2,160		22,8	7	0,268	40	0,094	0,090		
B60A	M	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie	1,393		12,2	3	0,343	26	0,079	0,104		
B60B	M	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag	0,269		1,0							
B63A	M	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion mit äußerst schweren CC	1,315		12,7	3	0,322	26	0,071	0,094		
B63B	M	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion ohne äußerst schwere CC	0,992		10,3	2	0,325	22	0,066	0,086		
B64A	M	Delirium mit äußerst schweren CC	1,489		14,0	4	0,295	28	0,074	0,098		
B64B	M	Delirium ohne äußerst schwere CC	0,946		9,8	2	0,313	22	0,067	0,087		
B65Z	M	Zerebrale Lähmungen	1,175		9,5	2	0,373	22	0,082	0,106		
B66A	M	Neubildungen des Nervensystems mit Strahlentherapie	2,179		16,8	5	0,357	33	0,089	0,120		X
B66B	M	Neubildungen des Nervensystems ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC	1,567		12,9	3	0,384	27	0,083	0,110		X
B66C	M	Neubildungen des Nervensystems ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC	0,854		6,4	1	0,399	17	0,087	0,107		X
B66D	M	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag	0,291		1,0							X
B67A	M	Degenerative Krankheiten des Nervensystems bei Morbus Parkinson, mit äußerst schweren oder schweren CC	1,652		17,2	5	0,273	32	0,067	0,090		
B67B	M	Degenerative Krankheiten des Nervensystems bei Morbus Parkinson, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder außer Morbus Parkinson, mit äußerst schweren oder schweren CC	1,416		13,9	4	0,280	29	0,071	0,094		
B67C	M	Degenerative Krankheiten des Nervensystems außer Morbus Parkinson, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,844		7,5	1	0,410	18	0,077	0,097		
B68A	M	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren oder schweren CC	1,111		10,1	2	0,368	23	0,076	0,099		
B68B	M	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,706		6,7	1	0,351	16	0,074	0,091		
B68C	M	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag	0,224		1,0							
B69A	M	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit äußerst schweren CC	1,004		9,7	2	0,329	20	0,071	0,092		
B69B	M	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne äußerst schwere CC	0,763		7,2	1	0,371	16	0,072	0,091		
B70A	M	Apoplexie mit äußerst schweren CC	1,780		14,7	4	0,350	29	0,083	0,111		
B70B	M	Apoplexie mit schweren CC	1,398		12,5	3	0,344	25	0,077	0,102		
B70C	M	Apoplexie ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,169		10,8	3	0,287	21	0,075	0,098		
B70D	M	Apoplexie, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme	0,654		2,4						X	
B70E	M	Apoplexie, ein Belegungstag	0,320		1,0							
B71A	M	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	3,311		19,9	6	0,464	37	0,114	0,155		
B71B	M	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC	1,764		13,3	3	0,436	27	0,092	0,122		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbamme	Mittlere Verweildauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs-fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf-nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs-relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs-relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
B71C	M	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC	1,163		11,2	3	0,287	24	0,072	0,094		
B71D	M	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,881		9,4	2	0,289	20	0,065	0,084		
B72A	M	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	1,736		13,4	3	0,430	27	0,090	0,119		
B72B	M	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 81 Jahre ohne äußerst schwere ohne schwere CC	1,099		9,1	2	0,364	19	0,084	0,108		
B73Z	M	Virusmeningitis	0,786		6,9	1	0,392	15	0,080	0,100		
B74Z	M	Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt	0,887		6,9	1	0,435	17	0,089	0,111		
B75Z	M	Fieberkrämpfe	0,465		3,6	1	0,232	8	0,091	0,101		
B76A	M	Anfälle mit Langzeit-EEG oder äußerst schweren CC	1,406		11,4	3	0,347	24	0,086	0,112		
B76B	M	Anfälle ohne Langzeit-EEG mit schweren CC	0,991		8,9	2	0,327	20	0,077	0,099		
B76C	M	Anfälle ohne Langzeit-EEG ohne schwere CC	0,695		6,4	1	0,345	16	0,076	0,093		
B76D	M	Anfälle, ein Belegungstag	0,203		1,0							
B77Z	M	Kopfschmerzen	0,551		4,9	1	0,273	11	0,079	0,093		
B78A	M	Intrakranielle Verletzung mit äußerst schweren oder schweren CC	1,940		14,0	4	0,382	28	0,096	0,128		
B78B	M	Intrakranielle Verletzung ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,670		5,6	1	0,322	16	0,080	0,097		
B79Z	M	Schädelfrakturen	0,651		5,5	1	0,314	13	0,080	0,097		
B80Z	M	Andere Kopfverletzungen	0,282		2,8	1	0,138	6	0,069	0,072		
B81A	M	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC	1,479		12,5	3	0,364	27	0,081	0,108		
B81B	M	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne äußerst schwere CC	0,790		6,3	1	0,379	16	0,084	0,103		
B82Z	M	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven	0,442		4,5	1	0,205	10	0,064	0,075		
<b>MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges</b>												
C01Z	O	Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen	1,163		7,8	2	0,231	16	0,062	0,079		
C02Z	O	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita	1,054		6,6	1	0,312	15	0,066	0,082		
C03Z	O	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie	1,204		7,7	2	0,237	15	0,064	0,081		
C04A	O	Große Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva mit Hornhauttransplantation	1,529		9,3	2	0,322	17	0,073	0,094		X
C04B	O	Große Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva ohne Hornhauttransplantation	1,061		8,3	2	0,207	20	0,052	0,067		X
C05Z	O	Dakryozystorhinostomie	0,683		3,6	1	0,181	8	0,070	0,079		
C06Z	O	Komplexe Eingriffe bei Glaukom	0,955		9,3	2	0,249	18	0,056	0,073		
C07Z	O	Andere Eingriffe bei Glaukom	0,685		6,1	1	0,251	14	0,058	0,071		
C08Z	O	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)	0,450		2,8	1	0,120	6	0,061	0,064		
C09Z	O	Verschiedene Eingriffe an der Linse	0,700		4,5	1	0,195	11	0,061	0,071		
C10Z	O	Eingriffe bei Strabismus	0,698		2,8	1	0,214	6	0,105	0,111		
C12Z	O	Andere Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva und Eingriffe am Augeniid	0,640		4,4	1	0,191	10	0,061	0,071		
C13Z	O	Eingriffe an Tränenrüse und Tränenwegen	0,510		2,8	1	0,139	7	0,069	0,073		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweildauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs-fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf-nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs-relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs-relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
C14Z	O	Andere Eingriffe am Auge	0,752		6,0	1	0,257	13	0,060	0,074		
C15Z	O	Andere Eingriffe an der Retina	0,827		5,6	1	0,243	12	0,060	0,073		
C60Z	M	Akute und schwere Augeninfektionen	0,782		8,5	2	0,256	18	0,063	0,081		
C61Z	M	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges	0,688		6,7	1	0,332	14	0,069	0,086		
C62Z	M	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen	0,461		4,7	1	0,204	11	0,061	0,072		
C63Z	M	Andere Erkrankungen des Auges	0,567		5,6	1	0,262	13	0,066	0,080		
C64Z	M	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides	0,334		3,5	1	0,147	8	0,059	0,066		
C65Z	M	Bösartige Neubildungen des Auges und Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus	0,756		7,2	1	0,359	17	0,070	0,088		X
<b>MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses</b>												
D01Z	O	Kochleaimplantat	9,555		7,8	2	0,475	14	0,128	0,162		
D02A	O	Große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC	4,063		20,9	6	0,374	39	0,088	0,120		
D02B	O	Große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC	2,396		13,6	4	0,287	28	0,074	0,098		
D03Z	O	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte	1,551		6,4	1	0,435	12	0,096	0,118		
D04Z	O	Operationen am Kiefer	1,474		7,9	2	0,269	15	0,071	0,090		
D05Z	O	Sialadenektomie	1,229		7,4	1	0,301	13	0,057	0,072		
D06Z	O	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid und komplexe Eingriffe am Mittelohr	0,898		6,5	1	0,271	12	0,058	0,072		
D07Z	O	Eingriffe an den Speicheldrüsen außer Sialadenektomie	0,889		6,1	1	0,258	12	0,059	0,072		
D08A	O	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung	1,456		10,6	3	0,262	23	0,069	0,090		
D08B	O	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung	0,849		5,6	1	0,269	12	0,067	0,082		
D09A	O	Verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC	1,138		8,5	2	0,253	20	0,062	0,080		
D09B	O	Verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC	0,733		5,2	1	0,217	11	0,058	0,069		
D10Z	O	Verschiedene Eingriffe an der Nase	0,803		6,0	1	0,243	10	0,057	0,070		
D11A	O	Tonsillektomie mit äußerst schweren oder schweren CC	0,964		7,9	2	0,238	14	0,063	0,080		
D11B	O	Tonsillektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,727		6,3	1	0,273	10	0,060	0,074		
D12Z	O	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	0,906		6,5	1	0,288	15	0,062	0,077		
D13Z	O	Adenotomie und Parazentese (Myringotomie) mit Einlegen eines Paukenröhrchens	0,431		2,5	1	0,135	6	0,075	0,077		
D14Z	O	Eingriffe bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, ein Belegungstag	0,388		1,0							
D15A	O	Tracheostomie mit äußerst schweren CC	3,108		20,8	6	0,369	39	0,087	0,118		
D15B	O	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC	2,283		16,0	4	0,360	31	0,079	0,106		
D16Z	O	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht	0,824		4,6	1	0,223	10	0,068	0,080		
D40Z	A	Zahnextraktion und -wiederherstellung	0,657		4,0	1	0,221	9	0,077	0,088		
D60A	M	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals mit Strahlentherapie, Alter > 70 Jahre oder äußerst schwere CC	2,570		22,7	7	0,311	41	0,077	0,105		X
D60B	M	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals mit Strahlentherapie, Alter < 71 Jahre ohne äußerst schwere CC	1,268		12,2	3	0,309	28	0,071	0,094		X
D60C	M	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren oder schweren CC	0,952		8,6	2	0,286	20	0,070	0,090		X

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbatterie	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
D60D	M	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,672		5,5	1	0,280	14	0,072	0,086		X
D61Z	M	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	0,652		6,9	1	0,321	15	0,065	0,081		
D62Z	M	Epistaxis	0,375		4,1	1	0,174	9	0,059	0,068		
D63Z	M	Otitis media und Infektionen der oberen Atemwege	0,474		4,4	1	0,226	10	0,072	0,084		
D64A	M	Laryngotracheitis und Epiglottitis, Alter > 6 Jahre oder CC	0,467		4,6	1	0,225	11	0,069	0,081		
D64B	M	Laryngotracheitis und Epiglottitis, Alter < 7 Jahre ohne CC	0,287		2,6	1	0,143	6	0,079	0,081		
D65Z	M	Verletzung und Deformität der Nase	0,479		4,1	1	0,166	9	0,057	0,065		
D66Z	M	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals	0,576		5,9	1	0,270	13	0,064	0,078		
D67Z	M	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle, ohne Zahnextraktion und -wiederherstellung	0,596		5,1	1	0,262	11	0,072	0,086		
D68Z	M	Krankheiten und Störungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag	0,202		1,0							
<b>MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane</b>												
E01A	O	Große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC	3,264		22,5	6	0,349	40	0,076	0,104		
E01B	O	Große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC	2,402		16,4	4	0,340	32	0,072	0,097		
E02A	O	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit äußerst schweren CC	2,115		16,9	5	0,300	34	0,075	0,101		
E02B	O	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne äußerst schwere CC	1,304		11,3	3	0,251	24	0,062	0,082		
E03Z	O	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	0,710		5,7	1	0,336	19	0,083	0,100		
E40A	A	Krankheiten der Atmungsorgane mit maschineller Beatmung mit äußerst schweren CC oder ARDS	2,544		14,5	4	0,499	29	0,120	0,161		
E40B	A	Krankheiten der Atmungsorgane mit maschineller Beatmung ohne äußerst schwere CC, ohne ARDS	1,478		10,0	2	0,481	23	0,101	0,131		
E41Z	A	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	2,023		21,1	6	0,279	37	0,065	0,088		
E60Z	M	Zystische Fibrose (Mukoviszidose)	1,806		11,0	3	0,445	23	0,113	0,148		
E61A	M	Lungenembolie mit äußerst schweren oder schweren CC	1,515		13,7	4	0,295	26	0,075	0,100		
E61B	M	Lungenembolie ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,202		11,5	3	0,292	22	0,071	0,093		
E62A	M	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC	1,349		12,8	3	0,331	26	0,072	0,096		
E62B	M	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit schweren CC	1,066		10,7	3	0,262	21	0,069	0,090		
E62C	M	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,831		8,1	2	0,273	17	0,071	0,090		
E63A	M	Schlafapnoesyndrom	0,322		2,5	1	0,158	5	0,088	0,090		
E63B	M	Schlafapnoesyndrom, ein Belegungstag	0,160		1,0							
E64A	M	Lungenödem und respiratorische Insuffizienz mit äußerst schweren CC	1,444		12,0	3	0,352	25	0,082	0,109		
E64B	M	Lungenödem und respiratorische Insuffizienz ohne äußerst schwere CC	0,974		8,9	2	0,317	19	0,075	0,096		
E64C	M	Lungenödem und respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag	0,213		1,0							
E65A	M	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äußerst schweren CC	1,205		13,0	3	0,295	26	0,063	0,084		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbatterie	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
E65B	M	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC	0,864		9,9	2	0,281	21	0,060	0,078		
E66A	M	Schweres Thoraxtrauma mit äußerst schweren oder schweren CC	1,119		9,9	2	0,368	22	0,078	0,101		
E66B	M	Schweres Thoraxtrauma ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,566		6,0	1	0,280	13	0,065	0,080		
E67A	M	Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose	0,869		8,4	2	0,268	18	0,067	0,086		
E67B	M	Beschwerden und Symptome der Atmung ohne komplexe Diagnose	0,607		5,4	1	0,282	14	0,072	0,087		
E68A	M	Pneumothorax mit äußerst schweren CC	1,662		13,6	4	0,326	27	0,084	0,112		
E68B	M	Pneumothorax ohne äußerst schwere CC	0,888		8,2	2	0,286	17	0,073	0,093		
E69A	M	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 55 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	0,776		8,2	2	0,253	17	0,065	0,083		
E69B	M	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter < 56 Jahre ohne äußerst schwere ohne schwere CC	0,523		4,6	1	0,259	11	0,078	0,092		
E69C	M	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag	0,181		1,0							
E70Z	M	Keuchhusten und akute Bronchiolitis	0,876		6,8	1	0,436	14	0,090	0,112		
E71A	M	Neubildungen der Atmungsorgane mit Strahlentherapie	2,055		19,1	5	0,337	37	0,074	0,101		X
E71B	M	Neubildungen der Atmungsorgane ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC	1,203		11,6	3	0,289	26	0,070	0,092		X
E71C	M	Neubildungen der Atmungsorgane ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC	0,808		8,3	2	0,257	20	0,065	0,083		X
E71D	M	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag	0,247		1,0							X
E72A	M	Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode	0,674		4,6	1	0,335	12	0,102	0,119		
E72B	M	Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode, ein Belegungstag	0,154		1,0							
E73A	M	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC	1,499		13,2	3	0,358	28	0,076	0,101		
E73B	M	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC	0,980		10,2	2	0,314	22	0,065	0,084		
E74A	M	Interstitielle Lungenerkrankung mit äußerst schweren oder schweren CC	1,175		12,9	3	0,281	26	0,061	0,081		
E74B	M	Interstitielle Lungenerkrankung ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,869		9,3	2	0,271	20	0,062	0,079		
E75A	M	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC	1,112		9,4	2	0,354	22	0,079	0,102		
E75B	M	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC	0,547		5,2	1	0,259	13	0,069	0,083		
<b>MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems</b>												
F01Z	O	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), komplettes System, Dreikammerstimulation	10,283		14,3	4	0,382	29	0,094	0,125		
F02Z	O	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD)	5,599		7,8	2	0,291	17	0,078	0,099		
F03A	O	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit invasiver kardiologischer Diagnostik, Alter < 17 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	6,926		23,6	7	0,476	41	0,113	0,155		
F03B	O	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit invasiver kardiologischer Diagnostik, Alter > 16 Jahre ohne äußerst schwere ohne schwere CC	5,621		19,6	6	0,391	35	0,098	0,133		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegabamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
F04A	O	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine ohne invasive kardiologische Diagnostik, Alter < 1 Jahr oder äußerst schwere oder schwere CC oder komplizierender Eingriff	5,418		15,4	4	0,530	26	0,120	0,161		
F04B	O	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine ohne invasive kardiologische Diagnostik, Alter > 0 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierenden Eingriff	4,621		13,6	4	0,406	22	0,105	0,139		
F05A	O	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit äußerst schweren CC oder komplizierendem Eingriff	5,416		19,4	5	0,531	34	0,115	0,156		
F05B	O	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierenden Eingriff	4,457		16,8	5	0,400	29	0,100	0,135		
F06A	O	Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff	4,213		14,8	4	0,470	24	0,111	0,149		
F06B	O	Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierenden Eingriff	3,626		12,9	3	0,453	21	0,098	0,130		
F07A	O	Andere kardiotorakale oder Gefäßeingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 2 Jahre oder äußerst schwere CC	5,452		16,3	4	0,664	29	0,143	0,192		
F07B	O	Andere kardiotorakale oder Gefäßeingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 1 Jahre ohne äußerst schwere CC	4,278		13,3	3	0,609	23	0,129	0,171		
F08A	O	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine mit äußerst schweren CC	3,812		20,5	6	0,350	39	0,083	0,114		
F08B	O	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine ohne äußerst schwere CC	2,754		15,4	4	0,315	28	0,072	0,096		
F09A	O	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter < 3 Jahre	3,931		11,6	3	0,662	23	0,160	0,210		
F09B	O	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 2 Jahre mit äußerst schweren CC	3,358		11,3	3	0,612	26	0,152	0,200		
F09C	O	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 2 Jahre ohne äußerst schwere CC	2,082		5,3	1	0,401	15	0,106	0,127		
F10Z	O	Perkutane Koronarangioplastie bei akutem Myokardinfarkt	1,759		9,0	2	0,402	18	0,094	0,121		
F11Z	O	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer obere Extremität und Zehen mit zusätzlichem Gefäßeingriff	5,346		36,5	11	0,342	55	0,079	0,109		
F12Z	O	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem	2,025		12,9	3	0,310	27	0,067	0,089		
F13A	O	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC	2,565		24,5	7	0,286	43	0,065	0,090		
F13B	O	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC	1,812		19,0	5	0,266	36	0,059	0,080		
F14A	O	Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine mit äußerst schweren CC	2,088		12,8	3	0,395	27	0,086	0,115		
F14B	O	Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine ohne äußerst schwere CC	1,239		7,3	1	0,434	19	0,083	0,105		
F15A	O	Perkutane Koronarangioplastie außer bei akutem Myokardinfarkt, Stentimplantation mit äußerst schweren oder schweren CC	1,323		6,3	1	0,361	16	0,080	0,098		
F15B	O	Perkutane Koronarangioplastie außer bei akutem Myokardinfarkt, Stentimplantation ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,036		4,0	1	0,245	9	0,086	0,098		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbatterie	Mittlere Verweildauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs-fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf-nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs-relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs-relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
F16Z	O	Perkutane Koronarangioplastie außer bei akutem Myokardinfarkt ohne Stentimplantation	0,966		4,5	1	0,255	12	0,079	0,092		
F17Z	O	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem	1,200		5,1	1	0,215	13	0,059	0,070		
F18Z	O	Revision eines Herzschrittmachers oder AICD ohne Aggregatwechsel	1,098		7,8	2	0,260	18	0,070	0,088		
F19Z	O	Andere perkutan-transluminale Intervention am Herzen	1,089		4,8	1	0,353	13	0,102	0,121		
F20A	O	Unterbindung und Stripping von Venen mit Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC	1,008		7,5	2	0,200	19	0,056	0,070		
F20B	O	Unterbindung und Stripping von Venen ohne Ulzeration, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,673		3,5	1	0,157	7	0,063	0,070		
F21A	O	Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem mit äußerst schweren CC	2,709		22,8	7	0,297	41	0,073	0,100		
F21B	O	Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem ohne äußerst schwere CC	1,771		17,9	5	0,250	35	0,059	0,079		
F22Z	O	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), komplettes System, Zweikammerstimulation	8,712		15,4	4	0,408	30	0,093	0,124		
F23Z	O	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), komplettes System, Einkammerstimulation	7,576		14,6	4	0,412	29	0,099	0,132		
F24A	O	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem mit äußerst schweren CC	3,291		16,4	4	0,371	32	0,079	0,107		
F24B	O	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem ohne äußerst schwere CC	2,262		9,4	2	0,313	21	0,070	0,090		
F25Z	O	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem	4,386		13,7	4	0,372	28	0,095	0,126		
F26Z	O	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem	1,688		4,8	1	0,220	11	0,064	0,076		
F27Z	O	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie	1,515		4,2	1	0,315	11	0,104	0,120		
F28A	O	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer obere Extremität und Zehen ohne Gefäßeingriff mit äußerst schweren oder schweren CC	2,955		27,0	8	0,284	45	0,066	0,091		
F28B	O	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer obere Extremität und Zehen ohne Gefäßeingriff ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,363		22,9	7	0,257	41	0,063	0,086		
F40A	A	Kreislauferkrankungen mit maschineller Beatmung mit äußerst schweren CC	2,565		13,0	3	0,616	29	0,132	0,176		
F40B	A	Kreislauferkrankungen mit maschineller Beatmung ohne äußerst schwere CC	1,960		10,3	2	0,628	25	0,128	0,166		
F41A	A	Kreislauferkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, mit invasiver kardiologischer Diagnostik mit äußerst schweren CC	1,839		12,8	3	0,391	26	0,085	0,113		
F41B	A	Kreislauferkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, mit invasiver kardiologischer Diagnostik ohne äußerst schwere CC	1,321		9,0	2	0,353	18	0,083	0,106		
F42A	A	Kreislauferkrankungen ohne akuten Myokardinfarkt, mit invasiver elektrophysiologischer Diagnostik mit äußerst schweren oder schweren CC	1,106		6,7	1	0,380	17	0,079	0,098		
F42B	A	Kreislauferkrankungen ohne akuten Myokardinfarkt, mit invasiver elektrophysiologischer Diagnostik ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,860		4,2	1	0,250	10	0,084	0,097		
F43A	A	Invasive kardiologische Diagnostik, außer bei koronarer Herzerkrankung mit äußerst schweren CC	1,693		12,4	3	0,340	26	0,077	0,101		
F43B	A	Invasive kardiologische Diagnostik, außer bei koronarer Herzerkrankung mit schweren CC	0,983		6,8	1	0,346	18	0,071	0,089		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbatterie	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
F43C	A	Invasive kardiologische Diagnostik, außer bei koronarer Herzerkrankung ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,695		4,3	1	0,222	12	0,072	0,084		
F44A	A	Invasive kardiologische Diagnostik bei koronarer Herzerkrankung mit äußerst schweren oder schweren CC	0,687		4,7	1	0,231	13	0,068	0,081		
F44B	A	Invasive kardiologische Diagnostik bei koronarer Herzerkrankung ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,482		3,0	1	0,144	7	0,068	0,073		
F45Z	A	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	1,900		21,9	6	0,261	38	0,059	0,080		
F60A	M	Kreislaufkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC	1,620		13,9	4	0,318	27	0,080	0,107		
F60B	M	Kreislaufkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC	1,080		10,2	2	0,349	21	0,072	0,093		
F61Z	M	Infektiöse Endokarditis	2,182		21,9	6	0,300	40	0,067	0,092		
F62A	M	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC	1,333		13,8	4	0,261	27	0,066	0,088		
F62B	M	Herzinsuffizienz und Schock mit schweren CC	1,022		11,6	3	0,249	23	0,060	0,079		
F62C	M	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,834		9,8	2	0,270	20	0,058	0,075		
F63A	M	Venenthrombose mit äußerst schweren oder schweren CC	1,112		11,6	3	0,271	23	0,066	0,086		
F63B	M	Venenthrombose ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,794		9,1	2	0,258	18	0,059	0,076		
F64Z	M	Hautulkus bei Kreislaufkrankungen	1,364		15,8	4	0,268	31	0,059	0,080		
F65A	M	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC	1,545		14,4	4	0,293	29	0,071	0,095		
F65B	M	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und schweren CC	1,174		12,0	3	0,282	25	0,066	0,086		
F65C	M	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC	0,944		9,4	2	0,300	22	0,067	0,086		
F65D	M	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,613		5,1	1	0,277	14	0,077	0,091		
F66A	M	Koronararteriosklerose ohne Angina pectoris, mit äußerst schweren CC	1,198		11,7	3	0,288	25	0,069	0,091		
F66B	M	Koronararteriosklerose ohne Angina pectoris, ohne äußerst schwere CC oder mit Angina pectoris	0,584		6,2	1	0,265	15	0,059	0,073		
F66C	M	Koronararteriosklerose, ein Belegungstag	0,196		1,0							
F67A	M	Hypertonie mit äußerst schweren oder schweren CC	0,823		9,2	2	0,266	19	0,061	0,078		
F67B	M	Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,606		6,9	1	0,292	15	0,059	0,074		
F68A	M	Angeborene Herzkrankheit	0,904		5,9	1	0,402	15	0,096	0,117		
F68B	M	Angeborene Herzkrankheit, ein Belegungstag	0,241		1,0							
F69A	M	Herzklappenerkrankungen mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC	1,099		11,5	3	0,264	25	0,064	0,085		
F69B	M	Herzklappenerkrankungen mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,665		7,2	1	0,303	17	0,059	0,074		
F69C	M	Herzklappenerkrankungen ohne komplexe Diagnose	0,520		5,1	1	0,241	12	0,066	0,079		
F70A	M	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC oder erfolgreicher Wiederbelebung	1,630		11,9	3	0,393	25	0,093	0,122		
F70B	M	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC ohne erfolgreiche Wiederbelebung	0,738		6,9	1	0,347	16	0,070	0,088		
F71A	M	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC	1,161		11,7	3	0,279	24	0,067	0,088		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
F71B	M	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit schweren CC	0,837		9,0	2	0,267	19	0,062	0,080		
F71C	M	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 70 Jahre	0,716		7,5	2	0,229	17	0,064	0,081		
F71D	M	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 71 Jahre	0,522		5,3	1	0,244	12	0,064	0,077		
F72A	M	Instabile Angina pectoris mit äußerst schweren oder schweren CC	0,871		9,2	2	0,280	19	0,064	0,082		
F72B	M	Instabile Angina pectoris ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,578		6,2	1	0,275	14	0,062	0,077		
F73A	M	Synkope und Kollaps, Alter > 55 Jahre und CC	0,830		8,8	2	0,267	18	0,064	0,082		
F73B	M	Synkope und Kollaps, Alter < 56 Jahre oder ohne CC	0,527		5,2	1	0,253	12	0,068	0,082		
F74Z	M	Thoraxschmerz	0,459		4,4	1	0,219	10	0,070	0,081		
F75A	M	Anderer Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC	1,315		12,0	3	0,309	25	0,072	0,095		
F75B	M	Anderer Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC	0,738		7,1	1	0,340	17	0,067	0,084		
<b>MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane</b>												
G01A	O	Rektumresektion mit äußerst schweren oder schweren CC	4,009		22,2	6	0,383	39	0,085	0,116		
G01B	O	Rektumresektion ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,918		17,5	5	0,308	30	0,074	0,100		
G02A	O	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit Geriatrischer Komplexbehandlung	5,218		38,2	12	0,347	56	0,083	0,115		
G02B	O	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne Geriatrische Komplexbehandlung, mit äußerst schweren CC	3,527		21,3	6	0,371	39	0,085	0,116		
G02C	O	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne Geriatrische Komplexbehandlung, ohne äußerst schwere CC	2,414		15,9	4	0,318	28	0,070	0,094		
G03A	O	Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit äußerst schweren CC	4,182		21,7	6	0,440	40	0,099	0,136		
G03B	O	Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit schweren CC	3,038		17,2	5	0,350	33	0,085	0,115		
G03C	O	Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,182		12,4	3	0,334	26	0,075	0,100		
G04A	O	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	2,197		14,8	4	0,317	29	0,075	0,100		
G04B	O	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,121		8,0	2	0,236	17	0,062	0,079		
G05A	O	Kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC	2,165		15,5	4	0,310	30	0,070	0,094		
G05B	O	Kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC	1,511		11,1	3	0,258	20	0,065	0,085		
G06Z	O	Pyloromyotomie	1,326		8,0	2	0,354	14	0,093	0,118		
G07A	O	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC	1,714		11,4	3	0,319	22	0,078	0,103		
G07B	O	Appendektomie bei Peritonitis ohne äußerst schwere oder schwere CC oder außer bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC	1,077		7,9	2	0,244	15	0,065	0,082		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegabamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
G07C	O	Appendektomie außer bei Peritonitis ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,764		5,3	1	0,238	10	0,063	0,076		
G08A	O	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre mit äußerst schweren CC	1,599		12,1	3	0,273	25	0,063	0,083		
G08B	O	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre ohne äußerst schwere CC	0,890		6,7	1	0,263	14	0,055	0,068		
G09A	O	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre	0,817		5,8	1	0,222	12	0,053	0,065		
G09B	O	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre und < 56 Jahre	0,718		4,5	1	0,182	9	0,057	0,067		
G10Z	O	Eingriffe bei Hernien, Alter < 1 Jahr	0,671		3,3	1	0,206	8	0,087	0,096		
G11A	O	Anderere Eingriffe am Anus mit äußerst schweren CC	1,247		11,2	3	0,239	24	0,060	0,078		
G11B	O	Anderere Eingriffe am Anus ohne äußerst schwere CC	0,574		5,0	1	0,196	11	0,055	0,065		
G12A	O	Anderere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit äußerst schweren CC	2,888		19,4	5	0,371	37	0,081	0,109		
G12B	O	Anderere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne äußerst schwere CC, Alter > 60 Jahre oder schwere CC	1,766		13,3	3	0,320	27	0,067	0,090		
G12C	O	Anderere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen, Alter < 61 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,771		5,8	1	0,245	14	0,060	0,072		
G13A	O	Anderere Eingriffe an Darm oder Enterostoma mit äußerst schweren CC	2,079		15,1	4	0,329	30	0,076	0,102		
G13B	O	Anderere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC	1,073		8,5	2	0,247	18	0,061	0,078		
G46A	A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff	1,647		13,4	3	0,362	27	0,075	0,100		
G46B	A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierenden Eingriff	1,119		10,4	2	0,314	22	0,063	0,083		
G47A	A	Anderere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane mit äußerst schweren CC	1,453		13,5	3	0,338	27	0,070	0,094		
G47B	A	Anderere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane mit schweren CC	1,070		10,9	3	0,244	22	0,063	0,082		
G47C	A	Anderere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,788		8,1	2	0,234	17	0,061	0,077		
G48A	A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff	0,891		9,4	2	0,268	21	0,060	0,078		
G48B	A	Koloskopie ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierenden Eingriff	0,555		5,7	1	0,236	14	0,058	0,070		
G49Z	A	Koloskopie und Gastroskopie, ein Belegungstag	0,241		1,0							
G50A	A	Anderere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane mit äußerst schweren oder schweren CC	0,885		9,1	2	0,270	20	0,062	0,080		
G50B	A	Anderere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,532		5,3	1	0,229	13	0,061	0,073		
G51Z	A	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	2,073		22,9	7	0,252	40	0,061	0,084		
G60A	M	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane mit Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC	2,397		18,8	5	0,392	37	0,087	0,118		X
G60B	M	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC	1,194		10,6	3	0,285	24	0,076	0,099		X

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbatterie	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
G60C	M	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane mit Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC	0,935		7,4	1	0,458	18	0,087	0,109		X
G60D	M	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC	0,552		5,2	1	0,258	14	0,070	0,083		X
G60E	M	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane ohne Strahlentherapie, ein Belegungstag	0,205		1,0							X
G64A	M	Entzündliche Darmerkrankung, Alter < 18 Jahre oder > 69 Jahre	0,782		6,7	1	0,376	17	0,079	0,098		
G64B	M	Entzündliche Darmerkrankung, Alter > 17 Jahre und < 70 Jahre	0,674		6,8	1	0,313	17	0,064	0,080		
G65A	M	Obstruktion des Verdauungstraktes mit äußerst schweren oder schweren CC	0,624		6,1	1	0,305	14	0,070	0,085		
G65B	M	Obstruktion des Verdauungstraktes ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,408		4,2	1	0,199	10	0,066	0,076		
G66A	M	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und CC	0,577		5,8	1	0,276	14	0,067	0,081		
G66B	M	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 56 Jahre oder ohne CC	0,303		3,0	1	0,147	7	0,069	0,074		
G67A	M	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit komplexer Diagnose	0,629		6,0	1	0,308	14	0,071	0,087		
G67B	M	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Diagnose	0,423		4,0	1	0,207	10	0,073	0,083		
G67C	M	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane, ein Belegungstag	0,172		1,0							
G70Z	M	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	1,083		9,2	2	0,338	21	0,077	0,100		
G71Z	M	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	0,499		4,6	1	0,205	11	0,062	0,073		
G72Z	M	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane	0,279		2,8	1	0,130	6	0,065	0,069		
G73A	M	Gastrointestinale Blutung und Ulkuserkrankung mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC	1,130		9,4	2	0,347	21	0,078	0,100		
G73B	M	Gastrointestinale Blutung und Ulkuserkrankung ohne komplexe Diagnose, Alter > 74 Jahre oder schwere CC	0,807		7,7	2	0,252	17	0,069	0,087		
G73C	M	Gastrointestinale Blutung und Ulkuserkrankung ohne komplexe Diagnose, Alter < 75 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,529		4,9	1	0,237	11	0,068	0,081		
G73D	M	Gastrointestinale Blutung und Ulkuserkrankung, ein Belegungstag	0,220		1,0							
<b>MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas</b>												
H01A	O	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen mit äußerst schweren CC	4,432		22,0	6	0,450	40	0,100	0,137		
H01B	O	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen ohne äußerst schwere CC	2,974		15,5	4	0,371	29	0,084	0,112		
H02A	O	Große Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung oder äußerst schwere CC	3,776		22,9	7	0,329	41	0,081	0,110		
H02B	O	Große Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC	2,420		16,6	5	0,261	31	0,066	0,089		
H05A	O	Diagnostische Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC	2,904		19,7	6	0,344	38	0,085	0,116		
H05B	O	Diagnostische Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC	1,735		12,3	3	0,327	25	0,074	0,098		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
H06A	O	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit CC	2,101		12,3	3	0,434	27	0,099	0,131		
H06B	O	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne CC	1,162		5,2	1	0,508	15	0,136	0,163		
H07A	O	Cholezystektomie mit äußerst schweren CC	2,446		16,5	4	0,369	31	0,078	0,106		
H07B	O	Cholezystektomie ohne äußerst schwere CC	1,452		10,7	3	0,228	20	0,060	0,078		
H08A	O	Laparoskopische Cholezystektomie mit äußerst schweren oder schweren CC	1,362		10,3	2	0,289	22	0,059	0,077		
H08B	O	Laparoskopische Cholezystektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,878		5,8	1	0,239	11	0,058	0,071		
H40Z	A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung	1,930		15,1	4	0,349	30	0,081	0,108		
H41A	A	Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren oder schweren CC	1,427		12,2	3	0,298	26	0,069	0,091		
H41B	A	Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,057		9,3	2	0,281	21	0,064	0,082		
H42A	A	Andere therapeutische ERCP, Alter > 65 Jahre oder äußerst schwere CC	1,160		11,5	3	0,251	24	0,061	0,080		
H42B	A	Andere therapeutische ERCP, Alter < 66 Jahre ohne äußerst schwere CC	0,896		8,7	2	0,252	19	0,061	0,078		
H60A	M	Leberzirrhose und alkoholische Hepatitis, mit äußerst schweren CC	1,631		14,8	4	0,314	30	0,074	0,099		
H60B	M	Leberzirrhose und alkoholische Hepatitis, ohne äußerst schwere CC	1,126		12,1	3	0,269	25	0,063	0,082		
H61A	M	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas mit Strahlentherapie	2,121		17,9	5	0,346	36	0,081	0,110		X
H61B	M	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren oder schweren CC	1,063		9,7	2	0,336	23	0,073	0,094		X
H61C	M	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,668		5,8	1	0,312	16	0,075	0,092		X
H61D	M	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag	0,242		1,0							X
H62A	M	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis	1,074		11,0	3	0,260	23	0,066	0,087		
H62B	M	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung ohne akute Pankreatitis	0,822		8,7	2	0,258	19	0,062	0,080		
H63A	M	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und alkoholischer Hepatitis mit komplexer Diagnose und äußerst schweren oder schweren CC	1,527		12,2	3	0,370	26	0,085	0,112		
H63B	M	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und alkoholischer Hepatitis ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,157		11,2	3	0,276	24	0,069	0,091		
H63C	M	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und alkoholischer Hepatitis ohne komplexe Diagnose ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,594		5,6	1	0,280	15	0,070	0,085		
H63D	M	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und alkoholischer Hepatitis, ein Belegungstag	0,221		1,0							

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
H64A	M	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen mit äußerst schweren oder schweren CC	0,987		9,8	2	0,307	21	0,066	0,086		
H64B	M	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,582		5,7	1	0,256	13	0,063	0,076		
<b>MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe</b>												
I01A	O	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit äußerst schweren CC	4,340		30,0	9	0,274	48	0,064	0,089		
I01B	O	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität ohne äußerst schwere CC	2,979		20,7	6	0,234	33	0,055	0,075		
I02A	O	Gewebe- und Hauttransplantation mit äußerst schweren CC	4,953		39,9	12	0,272	58	0,062	0,087		
I02B	O	Gewebe- und Hauttransplantation mit schweren CC oder CC	3,595		27,0	8	0,264	45	0,062	0,085		
I02C	O	Gewebe- und Hauttransplantation ohne CC	2,886		19,9	6	0,259	38	0,064	0,087		
I03A	O	Eingriffe am Hüftgelenk, Revision des Hüftgelenkes oder Ersatz des Hüftgelenkes mit äußerst schweren oder schweren CC, mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	4,033		33,6	10	0,280	52	0,064	0,089		
I03B	O	Eingriffe am Hüftgelenk, Revision des Hüftgelenkes ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung mit äußerst schweren oder schweren CC	3,351		23,3	7	0,256	39	0,061	0,084		
I03C	O	Eingriffe am Hüftgelenk, Ersatz des Hüftgelenkes ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder Revision des Hüftgelenkes ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,790		19,3	5	0,283	32	0,061	0,084		
I03D	O	Eingriffe am Hüftgelenk, Ersatz des Hüftgelenkes ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,463		17,3	5	0,232	26	0,056	0,076		
I04Z	O	Ersatz des Kniegelenkes und Replantation am Kniegelenk	2,887		18,3	5	0,245	28	0,056	0,076		
I05Z	O	Anderer großer Gelenkersatz	2,926		17,4	5	0,256	31	0,062	0,083		
I06A	O	Komplexe Wirbelkörperperfusion mit äußerst schweren CC	5,776		28,4	8	0,374	46	0,083	0,115		
I06B	O	Komplexe Wirbelkörperperfusion ohne äußerst schwere CC	4,341		22,1	6	0,327	38	0,073	0,099		
I07A	O	Amputation mit äußerst schweren CC	3,837		30,1	9	0,310	48	0,072	0,100		
I07B	O	Amputation ohne äußerst schwere CC	2,688		22,7	7	0,249	41	0,061	0,084		
I08A	O	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit äußerst schweren CC, mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	3,508		31,0	9	0,296	49	0,067	0,092		
I08B	O	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit äußerst schweren CC, ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung	2,685		19,6	6	0,288	36	0,072	0,098		
I08C	O	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne äußerst schwere CC, mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	2,658		23,6	7	0,266	41	0,063	0,086		
I08D	O	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne äußerst schwere CC, ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung	1,982		15,1	4	0,274	28	0,064	0,085		
I09A	O	Wirbelkörperperfusion mit äußerst schweren oder schweren CC	3,703		20,9	6	0,317	38	0,074	0,101		
I09B	O	Wirbelkörperperfusion ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,658		15,3	4	0,268	28	0,061	0,082		
I10A	O	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC	2,808		19,4	5	0,329	37	0,071	0,097		
I10B	O	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC	1,443		11,3	3	0,227	21	0,056	0,074		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegabamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
I11Z	O	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität	1,608		9,6	2	0,299	21	0,065	0,084		
I12A	O	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC	2,413		21,8	6	0,279	40	0,063	0,086		
I12B	O	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC	1,835		16,8	5	0,223	34	0,056	0,075		
I12C	O	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,370		12,8	3	0,237	27	0,052	0,069		
I13A	O	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	3,727		37,9	12	0,246	56	0,059	0,082		
I13B	O	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, mit äußerst schweren CC	2,681		20,6	6	0,276	39	0,065	0,089		
I13C	O	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, mit schweren CC	2,037		16,4	4	0,274	31	0,058	0,079		
I13D	O	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,409		10,7	3	0,218	22	0,057	0,074		
I14Z	O	Revision eines Amputationsstumpfes	1,929		17,6	5	0,256	35	0,061	0,083		
I15Z	O	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel	2,518		11,0	3	0,387	22	0,099	0,129		
I16Z	O	Andere Eingriffe am Schultergelenk	0,842		6,0	1	0,236	12	0,055	0,068		
I17Z	O	Operationen am Gesichtsschädel	2,114		11,1	3	0,310	23	0,078	0,103		
I18Z	O	Andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	0,664		4,6	1	0,184	10	0,056	0,066		
I20Z	O	Eingriffe am Fuß	0,989		8,1	2	0,196	18	0,051	0,064		
I21Z	O	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur	0,896		6,0	1	0,242	13	0,057	0,069		
I22Z	O	Große Eingriffe an Handgelenk, Hand und Daumen	0,701		4,3	1	0,192	9	0,062	0,072		
I23Z	O	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur	0,633		4,2	1	0,176	10	0,059	0,068		
I24Z	O	Arthroskopie einschließlich Biopsie	0,633		4,5	1	0,179	10	0,056	0,065		
I25Z	O	Diagnostische Eingriffe an Knochen und Gelenken einschließlich Biopsie	1,153		8,8	2	0,278	21	0,066	0,085		
I26Z	O	Andere Eingriffe an Handgelenk und Hand	0,607		3,6	1	0,158	8	0,061	0,068		
I27A	O	Eingriffe am Weichteilgewebe mit äußerst schweren oder schweren CC	1,654		13,5	4	0,231	28	0,060	0,080		
I27B	O	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,910		6,9	1	0,264	15	0,053	0,067		
I28A	O	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit äußerst schweren CC	2,665		19,7	6	0,304	38	0,076	0,103		
I28B	O	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit schweren CC oder CC	1,453		11,0	3	0,251	24	0,064	0,084		
I28C	O	Andere Eingriffe am Bindegewebe ohne CC	0,901		6,4	1	0,263	15	0,058	0,071		
I29Z	O	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk	1,158		8,4	2	0,215	16	0,054	0,069		
I30Z	O	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	1,288		9,2	2	0,239	18	0,055	0,071		
I31Z	O	Komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm	1,057		7,4	1	0,298	16	0,056	0,070		
I32Z	O	Komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand	0,786		4,5	1	0,211	11	0,065	0,076		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweildauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs-fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf-nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs-relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs-relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
I40A	A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren oder schweren CC	1,753		20,7	6	0,246	37	0,058	0,079		
I40B	A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,317		16,9	5	0,216	29	0,054	0,072		
I41Z	A	Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	1,926		24,9	7	0,240	39	0,054	0,074		
I60Z	M	Frakturen am Femurschaft	1,746		14,4	4	0,333	29	0,081	0,108		
I61Z	M	Andere Frakturen am Femur	1,160		12,0	3	0,279	26	0,065	0,086		
I62Z	M	Frakturen an Becken und Schenkelhals	1,117		12,7	3	0,271	27	0,060	0,079		
I63Z	M	Verstauchung, Zerrung und Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel	0,762		8,8	2	0,239	21	0,057	0,073		
I64A	M	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre oder > 74 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	1,701		15,3	4	0,325	31	0,074	0,100		
I64B	M	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre und < 75 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,807		8,6	2	0,244	21	0,059	0,076		
I65A	M	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologische Fraktur mit Strahlentherapie	2,377		18,5	5	0,392	36	0,089	0,121		X
I65B	M	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologische Fraktur ohne Strahlentherapie, Alter < 17 Jahre oder äußerst schwere CC	1,320		6,9	1	0,641	17	0,130	0,162		X
I65C	M	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologische Fraktur ohne Strahlentherapie, Alter > 16 Jahre ohne äußerst schwere CC	1,089		7,5	2	0,348	18	0,097	0,122		X
I65D	M	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologische Fraktur ohne Strahlentherapie, ein Belegungstag	0,302		1,0							X
I66A	M	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplexer Diagnose	1,240		13,1	3	0,303	27	0,065	0,086		
I66B	M	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplexe Diagnose	1,022		10,2	2	0,334	23	0,069	0,089		
I66C	M	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag	0,203		1,0							
I67Z	M	Septische Arthritis	1,044		11,8	3	0,252	26	0,060	0,079		
I68A	M	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, Alter > 55 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	0,994		12,1	3	0,242	24	0,056	0,074		
I68B	M	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, Alter < 56 Jahre ohne äußerst schwere ohne schwere CC	0,780		9,3	2	0,251	20	0,057	0,073		
I68C	M	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	0,201		1,0							
I69Z	M	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien	1,029		11,6	3	0,238	25	0,058	0,076		
I70Z	M	Unspezifische Arthropathien	0,810		8,3	2	0,265	19	0,067	0,086		
I71Z	M	Muskel- und Sehnenerkrankungen	0,941		10,4	2	0,307	23	0,062	0,081		
I72A	M	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC	1,243		12,3	3	0,297	25	0,068	0,089		
I72B	M	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,602		6,5	1	0,269	16	0,058	0,072		
I73Z	M	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes	0,816		9,8	2	0,252	22	0,054	0,070		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegabamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
I74A	M	Verletzung an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC	0,870		9,4	2	0,270	22	0,060	0,078		
I74B	M	Verletzung an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,524		4,5	1	0,206	11	0,064	0,075		
I75A	M	Schwere Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC	1,014		11,4	3	0,244	24	0,060	0,079		
I75B	M	Schwere Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC	0,754		8,6	2	0,234	19	0,057	0,073		
I76A	M	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes mit komplexer Diagnose oder mit äußerst schweren CC	1,232		14,3	4	0,241	29	0,059	0,079		
I76B	M	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC	0,591		5,4	1	0,254	14	0,066	0,079		
I77Z	M	Mäßig schwere Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	0,588		6,2	1	0,257	15	0,058	0,072		
I78Z	M	Leichte bis moderate Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	0,446		4,3	1	0,198	10	0,064	0,074		
<b>MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma</b>												
J01Z	O	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei Erkrankung der Haut, Unterhaut und Mamma	4,953		23,4	7	0,338	41	0,081	0,111		
J02A	O	Hauttransplantation / Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung mit äußerst schweren CC	3,541		34,8	11	0,250	53	0,060	0,084		
J02B	O	Hauttransplantation / Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung ohne äußerst schwere CC	2,492		28,0	8	0,237	46	0,053	0,073		
J03A	O	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung mit äußerst schweren CC	2,309		24,0	7	0,257	42	0,060	0,082		
J03B	O	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung ohne äußerst schwere CC	1,698		18,1	5	0,245	34	0,057	0,077		
J04A	O	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, Alter > 69 Jahre oder CC	1,313		11,9	3	0,250	26	0,059	0,078		
J04B	O	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, Alter < 70 Jahre ohne CC	1,128		7,9	2	0,256	17	0,068	0,086		
J06Z	O	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung	1,677		11,1	3	0,287	21	0,072	0,095		
J07Z	O	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung	0,720		4,5	1	0,239	10	0,074	0,087		
J08A	O	Anderer Hauttransplantation und / oder Debridement mit äußerst schweren CC	1,943		16,9	5	0,263	34	0,065	0,088		
J08B	O	Anderer Hauttransplantation und / oder Debridement mit schweren CC	1,361		11,6	3	0,261	25	0,063	0,083		
J08C	O	Anderer Hauttransplantation und / oder Debridement ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,965		8,3	2	0,234	19	0,059	0,075		
J09Z	O	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal	0,566		4,9	1	0,192	11	0,055	0,065		
J10Z	O	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung	0,820		5,2	1	0,226	14	0,060	0,072		
J11A	O	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren CC	2,035		17,0	5	0,290	34	0,071	0,096		
J11B	O	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit schweren CC oder CC	1,017		8,7	2	0,256	20	0,062	0,080		
J11C	O	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne CC	0,646		4,9	1	0,214	12	0,061	0,072		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbatterie	Mittlere Verweildauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs-fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf-nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs-relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs-relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
J12Z	O	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung	1,145		8,3	2	0,243	19	0,062	0,078		
J13Z	O	Kleine Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung	0,662		4,2	1	0,214	9	0,072	0,083		
J14Z	O	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung	2,265		13,2	3	0,324	23	0,069	0,091		
J15Z	O	Große Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung	1,139		6,2	1	0,277	13	0,063	0,077		
J60Z	M	Hautulkus	1,359		15,0	4	0,269	31	0,063	0,084		
J61A	M	Schwere Erkrankungen der Haut, Alter > 17 Jahre mit äußerst schweren CC	2,015		19,0	5	0,333	36	0,074	0,100		
J61B	M	Schwere Erkrankungen der Haut, Alter > 17 Jahre ohne äußerst schwere CC	1,819		17,7	5	0,301	33	0,071	0,096		
J61C	M	Schwere Erkrankungen der Haut, Alter < 18 Jahre	1,326		12,3	3	0,329	25	0,075	0,099		
J62A	M	Bösartige Neubildungen der Mamma mit Strahlentherapie	2,470		19,5	6	0,351	38	0,088	0,120		X
J62B	M	Bösartige Neubildungen der Mamma ohne Strahlentherapie mit äußerst schweren CC	1,307		11,1	3	0,320	24	0,081	0,106		X
J62C	M	Bösartige Neubildungen der Mamma ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC	0,523		4,8	1	0,248	14	0,072	0,086		X
J62D	M	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag	0,227		1,0							X
J63Z	M	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildungen	0,526		4,5	1	0,216	11	0,067	0,078		
J64A	M	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut mit äußerst schweren CC	1,450		14,4	4	0,282	29	0,068	0,091		
J64B	M	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut ohne äußerst schwere CC	0,728		7,9	2	0,231	17	0,061	0,077		
J65A	M	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, Alter > 70 Jahre oder schwere CC	0,537		6,1	1	0,262	15	0,060	0,074		
J65B	M	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, Alter < 71 Jahre ohne schwere CC	0,321		3,3	1	0,153	7	0,065	0,071		
J66Z	M	Mäßig schwere Hauterkrankungen	0,959		9,6	2	0,313	21	0,069	0,089		X
J67A	M	Leichte bis moderate Hauterkrankungen mit CC	0,949		8,9	2	0,304	20	0,072	0,092		
J67B	M	Leichte bis moderate Hauterkrankungen ohne CC	0,569		5,4	1	0,263	13	0,068	0,082		
J68Z	M	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag	0,202		1,0							
<b>MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</b>												
K01B	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, mit äußerst schweren CC	2,657		28,0	8	0,259	46	0,058	0,080		
K01C	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, ohne äußerst schwere CC	1,791		19,6	6	0,227	37	0,057	0,077		
K02Z	O	Eingriffe an der Hypophyse	2,712		15,0	4	0,380	28	0,089	0,119		
K03Z	O	Eingriffe an der Nebenniere	2,328		13,3	3	0,360	27	0,076	0,100		
K04Z	O	Große Eingriffe bei Adipositas	1,757		7,6	2	0,257	16	0,071	0,089		
K07Z	O	Andere Eingriffe bei Adipositas	1,306		8,6	2	0,225	18	0,055	0,070		
K09A	O	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen, Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC	3,105		21,4	6	0,352	39	0,081	0,110		
K09B	O	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen, Alter > 6 Jahre ohne äußerst schwere CC	1,606		10,9	3	0,275	24	0,070	0,092		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
K10Z	O	Andere Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoGLOSSUS außer bei bösartiger Neubildung	0,993		5,5	1	0,239	10	0,061	0,074		
K11Z	O	Eingriffe an Schilddrüse und Nebenschilddrüse bei bösartiger Neubildung	1,715		8,7	2	0,285	19	0,068	0,088		
K12Z	O	Eingriffe an der Schilddrüse mit Parathyreoidektomie außer bei bösartiger Neubildung	1,390		6,3	1	0,336	14	0,075	0,092		
K40Z	A	Endoskopische oder diagnostische Eingriffe bei Stoffwechselerkrankungen ohne CC	0,971		10,2	2	0,298	22	0,061	0,080		
K41Z	A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	1,197		6,4	1	0,597	17	0,131	0,162		X
K42Z	A	Radiojodtherapie	0,836		5,2	1	0,416	11	0,111	0,133		X
K43A	A	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit äußerst schweren CC	2,072		21,6	6	0,287	37	0,065	0,089		
K43B	A	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen ohne äußerst schwere CC	1,634		19,6	6	0,225	37	0,056	0,077		
K60A	M	Diabetes mellitus mit äußerst schweren CC	1,230		13,1	3	0,303	26	0,065	0,086		
K60B	M	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder schwere CC	1,121		11,3	3	0,276	22	0,068	0,090		
K60C	M	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 10 Jahre, mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose	0,927		9,7	2	0,305	20	0,066	0,085		
K60D	M	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 10 Jahre, ohne multiple Komplikationen oder Ketoazidose	0,833		8,9	2	0,273	18	0,065	0,083		
K61Z	M	Schwere Ernährungsstörungen	1,036		9,3	2	0,335	22	0,076	0,098		
K62A	M	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen mit äußerst schweren CC	1,015		10,0	2	0,330	21	0,070	0,090		
K62B	M	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen ohne äußerst schwere CC	0,648		5,9	1	0,315	15	0,074	0,091		
K63A	M	Angeborene Stoffwechselstörungen	0,859		6,4	1	0,413	17	0,091	0,112		
K63B	M	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag	0,242		1,0							
K64A	M	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	2,079		13,1	3	0,515	28	0,110	0,147		X
K64B	M	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren CC	1,351		10,2	2	0,434	24	0,089	0,116		X
K64C	M	Endokrinopathien, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC	0,760		5,6	1	0,362	14	0,090	0,109		X
<b>MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane</b>												
L02Z	O	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters	3,025		18,5	5	0,437	35	0,099	0,135		
L03A	O	Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC	3,474		19,5	5	0,384	36	0,083	0,113		
L03B	O	Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, mit schweren CC oder CC	2,661		15,9	4	0,327	29	0,072	0,097		
L03C	O	Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne CC	2,150		13,2	3	0,321	22	0,068	0,090		
L04A	O	Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe außer bei Neubildung mit äußerst schweren CC	3,673		20,2	6	0,381	38	0,092	0,126		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
L04B	O	Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe außer bei Neubildung ohne äußerst schwere CC	2,141		12,7	3	0,342	24	0,075	0,100		
L05A	O	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC	1,797		15,0	4	0,276	31	0,065	0,086		
L05B	O	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC	1,045		8,8	2	0,255	18	0,061	0,078		
L06A	O	Kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC	1,549		12,1	3	0,285	25	0,066	0,087		
L06B	O	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC	0,891		7,4	1	0,298	16	0,056	0,071		
L07A	O	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion mit äußerst schweren CC	1,189		10,3	2	0,298	22	0,061	0,079		
L07B	O	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion ohne äußerst schwere CC	0,757		5,8	1	0,260	12	0,062	0,076		
L08Z	O	Eingriffe an der Urethra	0,728		5,7	1	0,258	13	0,064	0,077		
L09A	O	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 2 Jahre oder äußerst schwere CC	2,929		19,6	6	0,338	38	0,084	0,115		
L09B	O	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 1 Jahre ohne äußerst schwere CC	1,405		9,6	2	0,322	23	0,070	0,091		
L10Z	O	Blasenrekonstruktion bei Neubildung	5,352		27,9	8	0,366	44	0,083	0,114		
L40Z	A	Diagnostische Ureterorenoskopie	0,673		5,0	1	0,232	12	0,066	0,078		
L41Z	A	Urethrozystoskopie ohne CC	0,480		3,9	1	0,183	9	0,067	0,076		
L42Z	A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen	0,645		4,5	1	0,246	11	0,076	0,089		
L43A	A	Komplexe Ureterskopie mit äußerst schweren oder schweren CC	1,517		12,2	3	0,306	26	0,070	0,093		
L43B	A	Komplexe Ureterskopie ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,105		8,0	2	0,262	17	0,068	0,087		
L60A	M	Niereninsuffizienz mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder hämolytisch-urämischem Syndrom	2,126		16,4	4	0,418	32	0,089	0,120		X
L60B	M	Niereninsuffizienz ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren CC	1,846		14,9	4	0,357	31	0,084	0,113		X
L60C	M	Niereninsuffizienz mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne hämolytisch-urämisches Syndrom	1,394		12,1	3	0,341	26	0,079	0,104		X
L60D	M	Niereninsuffizienz ohne komplexe Diagnose ohne äußerst schwere CC	1,128		10,2	2	0,358	23	0,073	0,096		X
L62A	M	Neubildungen der Harnorgane mit Strahlentherapie	2,118		17,5	5	0,349	36	0,084	0,113		X
L62B	M	Neubildungen der Harnorgane ohne Strahlentherapie	0,680		6,3	1	0,322	17	0,071	0,088		X
L62C	M	Neubildungen der Harnorgane ohne Strahlentherapie, ein Belegungstag	0,212		1,0							X
L63A	M	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC	1,187		11,3	3	0,291	23	0,072	0,095		
L63B	M	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC	0,636		6,3	1	0,309	14	0,069	0,085		
L64A	M	Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter > 75 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	0,532		4,9	1	0,227	12	0,065	0,077		
L64B	M	Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter < 76 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,357		3,4	1	0,161	8	0,067	0,074		
L65Z	M	Beschwerden und Symptome der Harnorgane	0,512		5,0	1	0,238	12	0,067	0,080		
L66Z	M	Urethrastraktur	0,480		4,1	1	0,207	10	0,070	0,081		
L67Z	M	Andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane	0,503		4,4	1	0,231	11	0,074	0,086		
L68Z	M	Andere mäßig schwere Erkrankung der Harnorgane	0,629		5,9	1	0,291	15	0,069	0,084		
L69A	M	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC	1,356		13,6	4	0,265	27	0,068	0,091		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweildauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs-fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf-nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs-relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs-relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
L69B	M	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,941		9,6	2	0,307	21	0,067	0,087		
L70Z	M	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag	0,228		1,0							
L71A	M	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse	0,367		1,0							X
L71B	M	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag ohne Dialyse	0,251		1,0							X
<b>MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane</b>												
M01A	O	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC	2,958		18,1	5	0,313	31	0,073	0,099		
M01B	O	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC	2,361		14,6	4	0,283	25	0,068	0,091		
M02Z	O	Transurethrale Prostatektomie	1,111		8,9	2	0,255	16	0,060	0,078		
M03Z	O	Eingriffe am Penis	1,250		8,5	2	0,274	17	0,068	0,087		
M04A	O	Eingriffe am Hoden mit äußerst schweren CC	1,585		12,9	3	0,299	27	0,065	0,086		
M04B	O	Eingriffe am Hoden mit schweren CC	1,086		8,4	2	0,246	19	0,061	0,078		
M04C	O	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,751		4,6	1	0,211	10	0,064	0,075		
M05Z	O	Zirkumzision	0,521		3,1	1	0,155	7	0,070	0,076		
M06Z	O	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen	0,991		8,2	2	0,244	18	0,063	0,080		
M07Z	O	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds	2,379		3,6	1	0,523	7	0,202	0,226		
M08Z	O	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, außer Implantation von > 10 Seeds	1,489		2,4	1	0,576	6	0,331	0,335		
M09A	O	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC	2,069		14,4	4	0,302	30	0,073	0,098		
M09B	O	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	1,239		8,2	2	0,271	17	0,069	0,088		
M40Z	A	Urethrozystoskopie ohne CC	0,491		3,8	1	0,187	9	0,069	0,078		
M60A	M	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane mit Strahlentherapie	1,635		14,6	4	0,323	31	0,077	0,104		X
M60B	M	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane ohne Strahlentherapie, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC	1,384		11,8	3	0,336	26	0,079	0,105		X
M60C	M	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane ohne Strahlentherapie, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC	0,629		5,9	1	0,294	15	0,070	0,085		X
M60D	M	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag	0,223		1,0							X
M61Z	M	Benigne Prostatahyperplasie	0,532		5,2	1	0,237	13	0,064	0,077		
M62Z	M	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	0,536		5,7	1	0,252	12	0,062	0,075		
M63Z	M	Sterilisation beim Mann	0,410		2,1	1	0,122	4	0,082	0,079		
M64Z	M	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane	0,439		3,9	1	0,187	10	0,067	0,076		
<b>MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane</b>												
N01A	O	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie mit äußerst schweren oder schweren CC	4,170		22,2	6	0,402	40	0,089	0,121		
N01B	O	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,833		16,6	5	0,314	30	0,079	0,107		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbatterie	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
N02A	O	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien oder Adnexe mit äußerst schweren CC	3,765		21,1	6	0,370	38	0,086	0,117		
N02B	O	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien oder Adnexe mit schweren CC oder CC	2,469		15,1	4	0,327	29	0,076	0,101		
N02C	O	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien oder Adnexe ohne CC	1,388		9,0	2	0,292	19	0,068	0,087		
N03A	O	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe mit äußerst schweren CC	3,444		21,1	6	0,356	39	0,083	0,113		
N03B	O	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe ohne äußerst schwere CC	2,113		13,8	4	0,274	25	0,069	0,092		
N04A	O	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit aufwändigem Eingriff	1,673		11,9	3	0,257	20	0,060	0,080		
N04B	O	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff	1,279		9,5	2	0,268	16	0,059	0,077		
N05A	O	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren oder schweren CC	1,607		11,3	3	0,258	23	0,064	0,084		
N05B	O	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,990		6,7	1	0,291	14	0,061	0,076		
N06A	O	Rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen mit komplexem Eingriff	1,357		10,3	2	0,296	19	0,060	0,078		
N06B	O	Rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne komplexen Eingriff	0,746		4,8	1	0,211	10	0,061	0,072		
N07Z	O	Anderer Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung	0,731		4,5	1	0,204	10	0,064	0,074		
N08Z	O	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	0,593		4,0	1	0,179	10	0,062	0,071		
N09Z	O	Anderer Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva	0,545		4,1	1	0,191	9	0,065	0,075		
N10Z	O	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation	0,397		2,7	1	0,133	6	0,068	0,071		
N11A	O	Anderer OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit äußerst schweren CC	3,655		22,2	6	0,380	40	0,084	0,115		
N11B	O	Anderer OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit schweren CC	2,287		14,7	4	0,320	29	0,076	0,102		
N11C	O	Anderer OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,308		9,1	2	0,284	21	0,065	0,084		
N12A	O	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit äußerst schweren CC	2,814		19,0	5	0,448	37	0,099	0,135		
N12B	O	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne äußerst schwere CC	0,670		3,8	1	0,303	14	0,111	0,126		
N12C	O	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag	0,185		1,0							
N13A	O	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	1,709		13,4	3	0,290	27	0,060	0,080		
N13B	O	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter < 81 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,947		7,1	1	0,301	18	0,059	0,074		
N60A	M	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane mit Strahlentherapie	2,002		17,5	5	0,330	35	0,079	0,107		X

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbatterie	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
N60B	M	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane ohne Strahlentherapie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC	1,552		11,6	3	0,372	26	0,089	0,118		X
N60C	M	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane ohne Strahlentherapie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC	0,649		5,6	1	0,305	15	0,077	0,093		X
N60D	M	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag	0,260		1,0							X
N61Z	M	Infektion / Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane	0,464		5,1	1	0,224	11	0,061	0,073		
N62A	M	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose	0,607		5,3	1	0,237	14	0,063	0,076		
N62B	M	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose	0,357		3,3	1	0,155	8	0,065	0,071		
N62C	M	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag	0,172		1,0							
<b>MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett</b>												
O01A	O	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen	1,488		11,2	3	0,236	24	0,059	0,078		X
O01B	O	Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose	1,179		8,5	2	0,228	16	0,057	0,073		X
O01C	O	Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose	1,037		7,1	1	0,298	12	0,059	0,074		X
O02Z	O	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur	0,773		5,2	1	0,220	11	0,059	0,070		X
O03Z	O	Extrauterin gravidität	0,732		4,6	1	0,218	10	0,067	0,078		X
O04Z	O	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur	0,669		5,5	1	0,232	14	0,059	0,072		X
O40Z	A	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie	0,367		2,6	1	0,128	6	0,068	0,071		X
O60A	M	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer	0,835	0,766	6,9	1	0,246	16	0,050	0,062		X
O60B	M	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose	0,672	0,611	5,1	1	0,200	11	0,055	0,065		X
O60C	M	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	0,578	0,520	4,1	1	0,170	8	0,058	0,067		X
O61Z	M	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur	0,425		4,7	1	0,186	10	0,056	0,066		X
O62Z	M	Drohender Abort	0,383		5,0	1	0,186	11	0,052	0,062		X
O63Z	M	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie	0,403		3,4	1	0,166	8	0,068	0,075		X
O64A	M	Frustrane Wehen	0,621		7,8	2	0,183	19	0,049	0,062		X
O64B	M	Frustrane Wehen, ein Belegungstag	0,147		1,0							X
O65A	M	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC	0,737		8,5	2	0,222	20	0,055	0,070		X
O65B	M	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,430		5,2	1	0,197	13	0,053	0,063		X
<b>MDC 15 Neugeborene</b>												
P01Z	O	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur	2,182		2,5						X	X
P02A	O	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, mit mehreren schweren Problemen	11,415		29,7	9	0,883	48	0,208	0,287		X
P02B	O	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, ohne mehrere schwere Probleme	7,929		21,1	6	0,890	39	0,207	0,282		X

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegabamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
P03A	O	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden	12,718		64,3	20	0,601	82	0,137	0,193		X
P03B	O	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden	10,965		52,4	16	0,628	70	0,143	0,200		X
P03C	O	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne mehrere schwere Probleme	10,197		51,5	16	0,589	69	0,136	0,191		X
P04A	O	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden	8,358		42,5	13	0,591	61	0,136	0,190		X
P04B	O	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden	6,966		36,4	11	0,548	54	0,127	0,176		X
P04C	O	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne mehrere schwere Probleme	6,587		33,5	10	0,587	51	0,135	0,187		X
P05A	O	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden	9,618		40,8	13	0,659	59	0,159	0,221		X
P05B	O	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden	5,884		29,3	9	0,538	47	0,128	0,177		X
P05C	O	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne mehrere schwere Probleme	4,240		21,6	6	0,558	39	0,127	0,173		X
P06A	O	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g, mit signifikanter OR- Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden	7,474		28,2	8	0,786	46	0,176	0,242		X
P06B	O	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g, mit signifikanter OR- Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden	5,644		22,6	7	0,604	41	0,149	0,205		X
P06C	O	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g, mit signifikanter OR- Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne mehrere schwere Probleme	2,580		12,5	3	0,544	27	0,122	0,162		X
P60A	M	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur	0,679		2,2						X	X
P60B	M	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfand)	0,364		2,0						X	X
P61A	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 600 g	34,187		118,9	39	0,847	137	0,199	0,283		X
P61B	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 600 - 749 g	25,095		98,5	32	0,756	116	0,177	0,251		X
P61C	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme	3,004		10,9	3	0,744	25	0,191	0,250	X	X
P62A	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 750 - 874 g	16,696		78,2	25	0,638	96	0,149	0,210		X
P62B	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 875 - 999 g	12,883		65,9	21	0,583	84	0,136	0,192		X
P62C	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme	4,678		16,5	5	0,740	<sup>5)</sup>		0,254	X	X

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegabamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
P63Z	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung	8,051		45,7	14	0,535	64	0,123	0,172		X
P64Z	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung	6,606		40,4	12	0,507	58	0,114	0,159		X
P65A	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung mit mehreren schweren Problemen	5,255		33,4	10	0,476	51	0,110	0,152		X
P65B	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit schwerem Problem	4,452		27,8	8	0,494	46	0,112	0,154		X
P65C	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit anderem Problem	3,504		23,8	7	0,437	41	0,103	0,141		X
P65D	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne Problem	2,293		15,9	4	0,457	31	0,100	0,135		X
P66A	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen	3,043		18,8	5	0,503	35	0,112	0,153		X
P66B	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit schwerem Problem	2,395		15,7	4	0,477	31	0,107	0,143		X
P66C	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit anderem Problem	1,881		13,4	3	0,469	27	0,098	0,130		X
P66D	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne Problem	0,529		6,4	1	0,262	14	0,057	0,071		X
P67A	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen	1,909		11,3	3	0,474	23	0,117	0,154		X
P67B	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit schwerem Problem	1,150		7,9	2	0,380	17	0,101	0,128		X
P67C	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit anderem Problem	0,722		5,5	1	0,357	12	0,090	0,109		X
P67D	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne Problem	0,294		4,2	1	0,144	8	0,049	0,056		X
P67E	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne schweres Problem, ein Belegungstag	0,113		1,0							X
<b>MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems</b>												
Q01Z	O	Eingriffe an der Milz	2,148		12,5	3	0,366	25	0,082	0,108		
Q02A	O	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC	2,557		17,6	5	0,352	35	0,084	0,114		
Q02B	O	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC	1,343		9,4	2	0,312	21	0,070	0,090		
Q03Z	O	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	0,804		6,0	1	0,281	15	0,066	0,080		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbatterie	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Q60A	M	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems und des Immunsystems mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC	1,320		11,1	3	0,322	24	0,081	0,106		
Q60B	M	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems und des Immunsystems mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose, mit CC	0,825		6,9	1	0,399	18	0,080	0,100		
Q60C	M	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems und des Immunsystems ohne komplexe Diagnose, ohne CC	0,602		4,9	1	0,280	11	0,080	0,095		
Q61A	M	Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren oder schweren CC, mit komplexer Diagnose	1,599		11,3	3	0,392	25	0,097	0,127		
Q61B	M	Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose	1,171		10,5	3	0,280	23	0,075	0,097		
Q61C	M	Erkrankungen der Erythrozyten ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose	0,738		7,0	1	0,345	17	0,069	0,086		
Q62A	M	Gerinnungsstörungen mit CC	1,194		10,0	2	0,385	23	0,081	0,105		
Q62B	M	Gerinnungsstörungen ohne CC	0,748		5,9	1	0,365	14	0,087	0,107		
<b>MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen</b>												
R01A	O	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC	5,225		26,7	8	0,490	45	0,116	0,159		
R01B	O	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC	2,287		13,6	4	0,345	28	0,088	0,118		
R02A	O	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC	3,566		20,6	6	0,355	39	0,084	0,115		
R02B	O	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC	2,071		13,0	3	0,327	26	0,070	0,093		
R03A	O	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC	3,641		22,8	7	0,420	41	0,103	0,141		
R03B	O	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren mit schweren CC	2,256		16,0	4	0,391	34	0,086	0,115		
R03C	O	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,327		9,5	2	0,356	23	0,079	0,102		
R04A	O	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren oder schweren CC	1,739		13,1	3	0,312	27	0,067	0,089		
R04B	O	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,979		6,8	1	0,327	17	0,067	0,084		
R40A	A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC	3,108		23,9	7	0,385	42	0,090	0,124		X
R40B	A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC	2,194		18,1	5	0,363	36	0,084	0,114		X
R60A	M	Akute Leukämie, Alter > 5 Jahre mit Chemotherapie	4,628		20,7	6	0,654	39	0,155	0,211		X
R60B	M	Akute Leukämie, Alter > 5 Jahre ohne Chemotherapie	2,463		13,2	3	0,609	30	0,130	0,172		X
R60C	M	Akute Leukämie, Alter < 6 Jahre mit Chemotherapie	1,524		6,5	1	0,733	17	0,157	0,194		X
R60D	M	Akute Leukämie, Alter < 6 Jahre ohne Chemotherapie	1,348		5,8	1	0,656	14	0,157	0,192		X
R61A	M	Lymphom und nicht akute Leukämie, Alter < 4 Jahre oder äußerst schwere CC	1,977		13,0	3	0,486	28	0,105	0,139		X

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbatterie	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
R61B	M	Lymphom und nicht akute Leukämie, Alter > 3 Jahre ohne äußerst schwere CC	1,076		8,0	2	0,350	19	0,092	0,117		X
R62A	M	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit äußerst schweren oder schweren CC	1,162		10,0	2	0,369	23	0,078	0,101		X
R62B	M	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,755		6,3	1	0,342	17	0,076	0,094		X
R65Z	M	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag	0,350		1,0							X
<b>MDC 18A HIV</b>												
S60Z	M	HIV-Krankheit, ein Belegungstag	0,237		1,0							X
S62Z	M	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit	2,024		12,5	3	0,484	27	0,108	0,143		X
S63A	M	Infektion bei HIV-Krankheit mit äußerst schweren CC	3,267		19,2	5	0,532	37	0,116	0,158		X
S63B	M	Infektion bei HIV-Krankheit ohne äußerst schwere CC	1,926		14,2	4	0,376	30	0,093	0,124		X
S64A	M	Andere HIV-Krankheit mit äußerst schweren CC	2,486		16,2	4	0,486	32	0,105	0,141		X
S64B	M	Andere HIV-Krankheit ohne äußerst schwere CC	1,613		11,8	3	0,390	26	0,093	0,122		X
<b>MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen</b>												
T01A	O	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit äußerst schweren CC	3,335		21,1	6	0,392	39	0,091	0,124		
T01B	O	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne äußerst schwere CC, Alter > 70 Jahre oder schwere CC	1,882		15,6	4	0,291	32	0,065	0,088		
T01C	O	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne äußerst schwere CC, Alter < 71 Jahre ohne schwere CC	1,230		11,4	3	0,228	24	0,056	0,074		
T60A	M	Sepsis mit maschineller Beatmung	4,847		19,6	6	0,683	38	0,171	0,232		
T60B	M	Sepsis ohne maschinelle Beatmung mit äußersten schweren CC	2,009		15,5	4	0,391	30	0,089	0,119		
T60C	M	Sepsis ohne maschinelle Beatmung ohne äußerst schwere CC	1,250		11,2	3	0,304	23	0,076	0,100		
T60D	M	Sepsis, verstorben < 8 Tage nach Aufnahme	0,806		2,7						X	
T61A	M	Postoperative und posttraumatische Infektionen mit schweren CC	1,172		11,4	3	0,275	24	0,068	0,089		
T61B	M	Postoperative und posttraumatische Infektionen ohne schwere CC	0,687		8,0	2	0,211	17	0,056	0,071		
T62A	M	Fieber unbekannter Ursache, Alter > 5 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	1,397		9,7	2	0,454	22	0,098	0,127		
T62B	M	Fieber unbekannter Ursache, Alter > 5 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre	0,817		5,6	1	0,400	13	0,099	0,121		
T63A	M	Virale Erkrankung mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	2,009		14,8	4	0,391	30	0,093	0,124		
T63B	M	Virale Erkrankung mit komplexer Diagnose, mit schweren CC	1,257		11,4	3	0,310	23	0,076	0,100		
T63C	M	Virale Erkrankung mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,959		9,1	2	0,315	20	0,073	0,094		
T63D	M	Virale Erkrankung ohne komplexe Diagnose	0,541		4,9	1	0,267	11	0,076	0,091		
T64Z	M	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,880		8,4	2	0,287	19	0,072	0,092		
<b>MDC 19 Psychische Krankheiten</b>												
U60Z	M	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag	0,191		1,0							
U61Z	M	Schizophrene Störungen	0,977		12,0	3	0,240	26	0,056	0,074		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbatterie	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
U62A	M	Wahnhaft und akut psychotische Störungen mit äußerst schweren oder schweren CC	1,352		14,6	4	0,264	30	0,063	0,084		
U62B	M	Wahnhaft und akut psychotische Störungen ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,737		8,1	2	0,240	19	0,062	0,079		
U63Z	M	Schwere affektive Störungen	1,206		13,5	4	0,236	29	0,061	0,081		
U64A	M	Andere affektive und somatoforme Störungen, Alter > 65 Jahre und äußerst schwere oder schwere CC	1,118		13,4	3	0,276	28	0,058	0,077		
U64B	M	Andere affektive und somatoforme Störungen, Alter < 66 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,758		8,6	2	0,247	20	0,060	0,077		
U65Z	M	Angststörungen	0,750		8,0	2	0,244	19	0,064	0,082		
U66Z	M	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen	0,970		11,2	3	0,240	26	0,060	0,079		
U68Z	M	Psychische Störungen in der Kindheit	0,738		6,9	1	0,363	18	0,074	0,092		
<b>MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen</b>												
V60A	M	Alkoholintoxikation und -entzug, Alter > 17 Jahre oder mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren oder schweren CC	0,963		10,0	2	0,313	21	0,066	0,086		
V60B	M	Alkoholintoxikation und -entzug, Alter > 17 Jahre oder mehr als ein Belegungstag ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,549		6,4	1	0,268	15	0,058	0,072		
V60C	M	Alkoholintoxikation und -entzug, Alter < 18 Jahre, ein Belegungstag	0,167		1,0							
V61Z	M	Drogenintoxikation und -entzug	1,050		10,3	2	0,341	23	0,070	0,091		
V62Z	M	Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit	0,725		9,5	2	0,237	20	0,052	0,068		
V63Z	M	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit	1,506		11,8	3	0,372	26	0,089	0,117		
V64A	M	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit	0,856		8,6	2	0,268	19	0,065	0,084		
V64B	M	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit, ein Belegungstag	0,238		1,0							
<b>MDC 21A Polytrauma</b>												
W01B	O	Polytrauma mit maschineller Beatmung oder Kraniotomie ohne Frührehabilitation, mit Langzeitbeatmung	13,393		33,0	10	0,987	51	0,231	0,320		
W01C	O	Polytrauma mit maschineller Beatmung oder Kraniotomie ohne Frührehabilitation, ohne Langzeitbeatmung, mit äußerst schweren CC	8,878		29,2	9	0,726	47	0,174	0,240		
W01D	O	Polytrauma mit maschineller Beatmung oder Kraniotomie ohne Frührehabilitation, ohne Langzeitbeatmung, ohne äußerst schwere CC	7,272		23,8	7	0,706	42	0,166	0,227		
W02Z	O	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur und Extremitäten einschließlich Implantation	4,559		24,3	7	0,383	42	0,088	0,121		
W03Z	O	Polytrauma mit abdominalen Eingriffen	4,250		18,5	5	0,498	36	0,113	0,153		
W04Z	O	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren	3,554		19,1	5	0,422	37	0,093	0,126		
W60Z	M	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme	2,542		1,9						X	
W61Z	M	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe	1,791		13,7	4	0,341	29	0,087	0,116		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbatterie	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten</b>												
X01Z	O	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantationen bei Verletzungen außer an der Hand	2,314		19,0	5	0,258	37	0,057	0,077		
X02Z	O	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantationen bei Verletzungen der Hand	1,096		8,2	2	0,238	21	0,061	0,078		
X04Z	O	Anderer Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität	1,842		14,3	4	0,273	29	0,067	0,089		
X05Z	O	Anderer Eingriffe bei Verletzungen der Hand	0,724		5,2	1	0,222	13	0,059	0,071		
X06A	O	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC	2,590		16,8	5	0,328	33	0,082	0,110		
X06B	O	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder schwere CC	1,410		10,7	3	0,243	24	0,064	0,083		
X06C	O	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter < 66 Jahre ohne schwere CC	0,908		6,5	1	0,277	16	0,060	0,074		
X07Z	O	Replantation bei traumatischer Amputation	2,065		11,0	3	0,269	22	0,068	0,089		
X60A	M	Verletzungen	0,463		4,7	1	0,209	12	0,063	0,074		
X60B	M	Verletzungen, ein Belegungstag	0,202		1,0							
X61Z	M	Allergische Reaktionen	0,485		4,7	1	0,239	11	0,071	0,084		
X62A	M	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen mit äußerst schweren oder schweren CC	0,949		7,6	2	0,310	19	0,086	0,109		
X62B	M	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,441		4,1	1	0,217	10	0,074	0,085		
X63A	M	Folgen einer medizinischen Behandlung	0,525		5,7	1	0,235	14	0,058	0,071		
X63B	M	Folgen einer medizinischen Behandlung, ein Belegungstag	0,173		1,0							
X64A	M	Anderer Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung mit äußerst schweren oder schweren CC	1,002		8,5	2	0,317	20	0,078	0,100		
X64B	M	Anderer Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,411		3,7	1	0,195	10	0,073	0,082		
X64C	M	Anderer Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung, ein Belegungstag	0,196		1,0							
<b>MDC 22 Verbrennungen</b>												
Y02A	O	Anderer Verbrennungen mit Hauttransplantation mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplizierender Diagnose oder Prozedur oder Alter > 64 Jahre	5,798		25,4	7	0,586	43	0,129	0,178		
Y02B	O	Anderer Verbrennungen mit Hauttransplantation ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierende Diagnose oder Prozedur, Alter < 65 Jahre	3,694		16,4	4	0,614	33	0,131	0,176		
Y03Z	O	Anderer Verbrennungen mit anderen Eingriffen	2,574		14,9	4	0,387	30	0,091	0,122		
Y62A	M	Anderer Verbrennungen mit äußerst schweren CC oder mit komplizierender Diagnose oder Prozedur	1,974		13,9	4	0,379	29	0,095	0,127		
Y62B	M	Anderer Verbrennungen ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose oder Prozedur	0,939		7,8	2	0,301	17	0,081	0,102		
Y63Z	M	Verbrennungen, ein Belegungstag	0,183		1,0							

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens</b>												
Z01A	O	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, Alter > 70 Jahre oder äußerst schwere CC	1,759		11,8	3	0,335	27	0,079	0,104		
Z01B	O	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, Alter < 71 Jahre ohne äußerst schwere CC	0,817		4,7	1	0,275	12	0,081	0,096		
Z02Z	O	Leberspende (Lebenspende)	3,302		11,9	3	0,514	20	0,120	0,159		
Z03Z	O	Nierenspende (Lebenspende)	2,164		9,6	2	0,436	17	0,095	0,123		
Z61Z	M	Beschwerden und Symptome	0,972		9,6	2	0,316	22	0,069	0,090		
Z62Z	M	Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung	0,469		3,6	1	0,210	9	0,081	0,091		
Z63Z	M	Andere Nachbehandlung	0,941		7,6	2	0,283	17	0,078	0,099		
Z64Z	M	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	0,446		3,8	1	0,214	9	0,079	0,089		
Z65Z	M	Multiple, andere und nicht näher bezeichnete angeborene Anomalien	0,839		5,5	1	0,386	15	0,099	0,119		
Z66Z	M	Vorbereitung zur Lebenspende	0,806		2,8	1	0,393	6	0,195	0,206		
<b>Fehler-DRG</b>												
901Z	O	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	2,087		13,9	4	0,314	30	0,079	0,105		X
902Z	O	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	0,970		8,1	2	0,235	19	0,061	0,077		X
903Z	O	OR-Prozedur an der Prostata ohne Bezug zur Hauptdiagnose	1,704		16,0	4	0,278	33	0,061	0,082		X
960Z	M	Nicht gruppierbar										
961Z	M	Unzulässige Hauptdiagnose										
962Z	M	Unzulässige geburtshilfliche Diagnosekombination	0,589		4,2	1	0,181	8	0,060	0,069		X
963Z	M	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht	1,252		8,3	2	0,364	20	0,092	0,117		X

**Anlage 1  
Fallpauschalen-Katalog  
Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/ -ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>Prä-MDC</b>														
A01A	O	Lebertransplantation mit Langzeitbeatmung												
A01B	O	Lebertransplantation ohne Langzeitbeatmung, mit Transplantatabstoßung												
A01C	O	Lebertransplantation ohne Langzeitbeatmung, ohne Transplantatabstoßung												
A02A	O	Transplantation von Niere und Pankreas mit Transplantatabstoßung												
A02B	O	Transplantation von Niere und Pankreas ohne Transplantatabstoßung												
A03A	O	Lungentransplantation mit Langzeitbeatmung												
A03B	O	Lungentransplantation ohne Langzeitbeatmung, bei zystischer Fibrose (Mukoviszidose)												
A03C	O	Lungentransplantation ohne Langzeitbeatmung, außer bei zystischer Fibrose (Mukoviszidose)												
A04A	O	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, HLA- verschieden												
A04B	O	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, HLA- identisch, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC												
A04C	O	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, HLA- identisch, Alter > 18 Jahre ohne äußerst schwere CC												
A05A	O	Herztransplantation mit Langzeitbeatmung												
A05B	O	Herztransplantation ohne Langzeitbeatmung, Alter < 19 Jahre												
A05C	O	Herztransplantation ohne Langzeitbeatmung, Alter > 18 Jahre												
A06Z	O	Langzeitbeatmung > 1799 Stunden												
A07Z	O	Langzeitbeatmung > 1199 und < 1800 Stunden												
A08Z	O	Langzeitbeatmung > 959 und < 1200 Stunden												
A09Z	O	Langzeitbeatmung > 719 und < 960 Stunden												
A10Z	O	Langzeitbeatmung > 479 und < 720 Stunden												
A11A	O	Langzeitbeatmung > 263 und < 480 Stunden, Alter < 4 Jahre oder äußerst schwere CC												
A11B	O	Langzeitbeatmung > 263 und < 480 Stunden, Alter > 3 Jahre ohne äußerst schwere CC												
A12Z	O	Langzeitbeatmung > 143 und < 264 Stunden	6,744	6,641			21,3	6	0,832	39	0,191	0,261		X
A13Z	O	Langzeitbeatmung > 95 und < 144 Stunden	5,897	5,796			19,7	6	0,708	38	0,176	0,240		X
A14Z	O	Beatmung, Alter < 16 Jahre	4,213	4,106			17,8	5	0,565	34	0,133	0,180		X
A15A	O	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, mit in- vitro Aufbereitung, Alter < 19 Jahre												
A15B	O	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, mit in- vitro Aufbereitung, Alter > 18 Jahre												
A15C	O	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, ohne in-vitro Aufbereitung												
A16A	O	Transplantation von Darm oder Pankreas(gewebe), Transplantation von Darm oder Pankreas (gesamtes Organ oder Segment)												

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
A17A	O	Nierentransplantation, Alter < 16 Jahre												
A17B	O	Nierentransplantation, Alter > 15 Jahre												
A42Z	A	Stammzellentnahme bei Eigenspender	4,157	4,156			16,1	4	0,829	31	0,180	0,242		X
A60A	M	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates mit äußerst schweren CC	2,496	2,472			16,0	4	0,460	32	0,100	0,135		X
A60B	M	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates ohne äußerst schwere CC	1,306	1,297			9,4	2	0,402	22	0,089	0,116		X
A60C	M	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag	0,301	0,301			1,0							X
<b>MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems</b>														
B01Z	O	Revision eines Ventrikelschuntes ohne weitere OR-Prozeduren	1,428	1,368			8,5	2	0,331	18	0,082	0,105		
B02A	O	Kraniotomie mit äußerst schweren CC oder Epilepsiechirurgie, mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	5,573	5,475			37,3	11	0,395	55	0,127	0,124		
B02B	O	Kraniotomie mit äußerster schweren CC oder Epilepsiechirurgie, ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung	4,043	3,923			18,8	5	0,513	36	0,115	0,156		
B02C	O	Kraniotomie ohne äußerst schwere CC, ohne Epilepsiechirurgie, mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	4,595	4,528			27,9	8	0,412	46	0,133	0,128		
B02D	O	Kraniotomie ohne äußerst schwere CC, ohne Epilepsiechirurgie, ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, mit aufwändiger Schädelöffnung	2,952	2,812			15,2	4	0,389	28	0,089	0,120		
B02E	O	Kraniotomie ohne äußerst schwere CC, ohne Epilepsiechirurgie, ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, ohne aufwändige Schädelöffnung	2,236	2,154			12,4	3	0,383	25	0,086	0,114		
B03A	O	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder äußerst schwere oder schwere CC	2,562	2,453			16,5	4	0,349	33	0,074	0,100		
B03B	O	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,297	1,230			9,5	2	0,235	18	0,052	0,067		
B04A	O	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC	2,235	2,149			14,9	4	0,333	31	0,078	0,105		
B04B	O	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC	1,421	1,342			9,0	2	0,307	18	0,071	0,092		
B05Z	O	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom	0,388	0,359			2,9	1	0,116	7	0,055	0,059		
B06A	O	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie mit äußerst schweren CC	2,646	2,573			20,4	6	0,305	38	0,073	0,100		
B06B	O	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie ohne äußerst schwere CC, Alter < 19 Jahre oder schwere CC	1,603	1,538			11,2	3	0,272	25	0,068	0,089		
B06C	O	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie ohne äußerst schwere CC, Alter > 18 Jahre ohne schwere CC	0,707	0,661			5,5	1	0,207	14	0,053	0,064		
B07A	O	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC	2,522	2,484			20,9	6	0,320	38	0,075	0,102		
B07B	O	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems ohne äußerst schwere CC	0,907	0,854			5,9	1	0,259	16	0,061	0,075		
B09Z	O	Andere Eingriffe am Schädel	1,460	1,413			10,4	2	0,381	23	0,077	0,100		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
B10Z	O	Operative Eingriffe bei nicht akuter Paraplegie / Tetraplegie	2,372	2,323			18,8	5	0,340	36	0,076	0,103		
B41Z	A	Präoperatives Video-EEG bei komplexer Epilepsie	3,311	3,310			15,3	4	0,660	29	0,151	0,202		
B42A	A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC mit komplexer Diagnose	5,595	5,594			46,7	15	0,348	65	0,119	0,117		
B42B	A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC ohne komplexe Diagnose	3,127	3,125			30,7	9	0,309	49	0,101	0,098		
B42C	A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne äußerst schwere CC oder Geriatrische Komplexbehandlung	1,955	1,954			22,8	7	0,243	40	0,085	0,082		
B60A	M	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie	1,266	1,263			12,2	3	0,312	26	0,071	0,094		
B60B	M	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag	0,252	0,249			1,0							
B63A	M	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion mit äußerst schweren CC	1,196	1,195			12,7	3	0,294	26	0,064	0,085		
B63B	M	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion ohne äußerst schwere CC	0,893	0,893			10,3	2	0,294	22	0,060	0,078		
B64A	M	Delirium mit äußerst schweren CC	1,360	1,359			14,0	4	0,270	28	0,068	0,090		
B64B	M	Delirium ohne äußerst schwere CC	0,849	0,849			9,8	2	0,281	22	0,060	0,078		
B65Z	M	Zerebrale Lähmungen	1,084	1,074			9,5	2	0,345	22	0,076	0,098		
B66A	M	Neubildungen des Nervensystems mit Strahlentherapie	1,992	1,990			16,8	5	0,327	33	0,082	0,110		X
B66B	M	Neubildungen des Nervensystems ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC	1,428	1,425			12,9	3	0,350	27	0,076	0,101		X
B66C	M	Neubildungen des Nervensystems ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC	0,776	0,770			6,4	1	0,364	17	0,079	0,098		X
B66D	M	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag	0,274	0,273			1,0							X
B67A	M	Degenerative Krankheiten des Nervensystems bei Morbus Parkinson, mit äußerst schweren oder schweren CC	1,473	1,473			17,2	5	0,244	32	0,060	0,081		
B67B	M	Degenerative Krankheiten des Nervensystems bei Morbus Parkinson, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder außer Morbus Parkinson, mit äußerst schweren oder schweren CC	1,266	1,264			13,9	4	0,250	29	0,063	0,084		
B67C	M	Degenerative Krankheiten des Nervensystems außer Morbus Parkinson, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,763	0,761			7,5	1	0,371	18	0,070	0,088		
B68A	M	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren oder schweren CC	1,003	1,003			10,1	2	0,332	23	0,069	0,089		
B68B	M	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,635	0,635			6,7	1	0,316	16	0,066	0,082		
B68C	M	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag	0,209	0,209			1,0							
B69A	M	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit äußerst schweren CC	0,914	0,913			9,7	2	0,300	20	0,065	0,084		
B69B	M	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne äußerst schwere CC	0,692	0,691			7,2	1	0,338	16	0,066	0,083		
B70A	M	Apoplexie mit äußerst schweren CC	1,642	1,641			14,7	4	0,324	29	0,077	0,103		
B70B	M	Apoplexie mit schweren CC	1,279	1,279			12,5	3	0,316	25	0,071	0,094		
B70C	M	Apoplexie ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,065	1,064			10,8	3	0,262	21	0,068	0,089		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
B70D	M	Apoplexie, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme	0,635	0,632			2,4						X	
B70E	M	Apoplexie, ein Belegungstag	0,308	0,306			1,0							
B71A	M	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	3,122	3,118			19,9	6	0,437	37	0,108	0,146		
B71B	M	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC	1,660	1,659			13,3	3	0,411	27	0,086	0,115		
B71C	M	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC	1,055	1,054			11,2	3	0,261	24	0,065	0,085		
B71D	M	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,787	0,786			9,4	2	0,259	20	0,058	0,075		
B72A	M	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	1,600	1,599			13,4	3	0,397	27	0,083	0,110		
B72B	M	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 81 Jahre ohne äußerst schwere ohne schwere CC	1,000	0,999			9,1	2	0,331	19	0,076	0,098		
B73Z	M	Virusmeningitis	0,697	0,697			6,9	1	0,348	15	0,071	0,089		
B74Z	M	Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt	0,821	0,819			6,9	1	0,403	17	0,082	0,103		
B75Z	M	Fieberkrämpfe	0,418	0,417			3,6	1	0,208	8	0,081	0,091		
B76A	M	Anfälle mit Langzeit-EEG oder äußerst schweren CC	1,294	1,293			11,4	3	0,320	24	0,079	0,104		
B76B	M	Anfälle ohne Langzeit-EEG mit schweren CC	0,898	0,897			8,9	2	0,297	20	0,070	0,090		
B76C	M	Anfälle ohne Langzeit-EEG ohne schwere CC	0,625	0,625			6,4	1	0,310	16	0,068	0,084		
B76D	M	Anfälle, ein Belegungstag	0,186	0,186			1,0							
B77Z	M	Kopfschmerzen	0,495	0,495			4,9	1	0,246	11	0,071	0,084		
B78A	M	Intrakranielle Verletzung mit äußerst schweren oder schweren CC	1,819	1,815			14,0	4	0,359	28	0,090	0,120		
B78B	M	Intrakranielle Verletzung ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,613	0,609			5,6	1	0,295	16	0,073	0,089		
B79Z	M	Schädelfrakturen	0,588	0,584			5,5	1	0,284	13	0,072	0,087		
B80Z	M	Andere Kopfverletzungen	0,254	0,253			2,8	1	0,124	6	0,062	0,065		
B81A	M	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC	1,343	1,341			12,5	3	0,331	27	0,074	0,098		
B81B	M	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne äußerst schwere CC	0,717	0,714			6,3	1	0,345	16	0,076	0,094		
B82Z	M	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven	0,393	0,390			4,5	1	0,184	10	0,057	0,067		
<b>MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges</b>														
C01Z	O	Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen	1,024	0,972			7,8	2	0,205	16	0,055	0,070		
C02Z	O	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita	0,932	0,879			6,6	1	0,280	15	0,059	0,074		
C03Z	O	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie	1,060	1,011			7,7	2	0,210	15	0,057	0,072		
C04A	O	Große Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva mit Hornhauttransplantation	1,389	1,342			9,3	2	0,293	17	0,066	0,086		X
C04B	O	Große Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva ohne Hornhauttransplantation	0,924	0,894			8,3	2	0,181	20	0,046	0,058		X
C05Z	O	Dakryozystorhinostomie	0,612	0,568			3,6	1	0,164	8	0,064	0,071		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/ -ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
C06Z	O	Komplexe Eingriffe bei Glaukom	0,836	0,816			9,3	2	0,219	18	0,050	0,064		
C07Z	O	Andere Eingriffe bei Glaukom	0,599	0,585			6,1	1	0,221	14	0,051	0,063		
C08Z	O	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)	0,395	0,382			2,8	1	0,105	6	0,053	0,056		
C09Z	O	Verschiedene Eingriffe an der Linse	0,613	0,587			4,5	1	0,172	11	0,054	0,063		
C10Z	O	Eingriffe bei Strabismus	0,617	0,581			2,8	1	0,193	6	0,095	0,101		
C12Z	O	Andere Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva und Eingriffe am Augenlid	0,563	0,537			4,4	1	0,169	10	0,054	0,063		
C13Z	O	Eingriffe an Tränenrüse und Tränenwegen	0,452	0,422			2,8	1	0,123	7	0,061	0,065		
C14Z	O	Andere Eingriffe am Auge	0,650	0,625			6,0	1	0,224	13	0,052	0,064		
C15Z	O	Andere Eingriffe an der Retina	0,729	0,696			5,6	1	0,216	12	0,054	0,065		
C60Z	M	Akute und schwere Augeninfektionen	0,695	0,695			8,5	2	0,228	18	0,056	0,072		
C61Z	M	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges	0,611	0,609			6,7	1	0,295	14	0,062	0,077		
C62Z	M	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen	0,400	0,395			4,7	1	0,177	11	0,053	0,063		
C63Z	M	Andere Erkrankungen des Auges	0,501	0,497			5,6	1	0,232	13	0,058	0,070		
C64Z	M	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides	0,292	0,288			3,5	1	0,128	8	0,051	0,057		
C65Z	M	Bösartige Neubildungen des Auges und Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus	0,676	0,672			7,2	1	0,322	17	0,063	0,079		X
<b>MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses</b>														
D01Z	O	Kochleaimplantat	9,373	9,270			7,8	2	0,453	14	0,122	0,154		
D02A	O	Große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC	3,668	3,510			20,9	6	0,352	39	0,083	0,113		
D02B	O	Große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC	2,091	1,974			13,6	4	0,263	28	0,068	0,090		
D03Z	O	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte	1,341	1,256			6,4	1	0,388	12	0,086	0,106		
D04Z	O	Operationen am Kiefer	1,255	1,180			7,9	2	0,237	15	0,063	0,080		
D05Z	O	Sialadenektomie	1,066	0,981			7,4	1	0,275	13	0,052	0,066		
D06Z	O	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid und komplexe Eingriffe am Mittelohr	0,796	0,743			6,5	1	0,245	12	0,053	0,066		
D07Z	O	Eingriffe an den Speicheldrüsen außer Sialadenektomie	0,777	0,726			6,1	1	0,234	12	0,053	0,065		
D08A	O	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung	1,294	1,244			10,6	3	0,239	23	0,063	0,082		
D08B	O	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung	0,738	0,697			5,6	1	0,236	12	0,059	0,071		
D09A	O	Verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC	1,048	0,997			8,5	2	0,237	20	0,058	0,075		
D09B	O	Verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC	0,651	0,608			5,2	1	0,198	11	0,053	0,063		
D10Z	O	Verschiedene Eingriffe an der Nase	0,707	0,657			6,0	1	0,218	10	0,051	0,063		
D11A	O	Tonsillektomie mit äußerst schweren oder schweren CC	0,866	0,828			7,9	2	0,216	14	0,057	0,073		
D11B	O	Tonsillektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,648	0,617			6,3	1	0,246	10	0,054	0,067		
D12Z	O	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	0,799	0,755			6,5	1	0,262	15	0,056	0,070		
D13Z	O	Adenotomie und Parazentese (Myringotomie) mit Einlegen eines Paukenröhrchens	0,378	0,350			2,5	1	0,120	6	0,066	0,068		
D14Z	O	Eingriffe bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, ein Belegungstag	0,347	0,311			1,0							

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
D15A	O	Tracheostomie mit äußerst schweren CC	2,898	2,824			20,8	6	0,350	39	0,082	0,112		
D15B	O	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC	2,096	2,029			16,0	4	0,338	31	0,074	0,099		
D16Z	O	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht	0,709	0,661			4,6	1	0,193	10	0,059	0,069		
D40Z	A	Zahnextraktion und -wiederherstellung	0,557	0,529			4,0	1	0,188	9	0,066	0,075		
D60A	M	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals mit Strahlentherapie, Alter > 70 Jahre oder äußerst schwere CC	2,350	2,346			22,7	7	0,286	41	0,071	0,097		X
D60B	M	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals mit Strahlentherapie, Alter < 71 Jahre ohne äußerst schwere CC	1,153	1,151			12,2	3	0,282	28	0,065	0,086		X
D60C	M	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren oder schweren CC	0,872	0,861			8,6	2	0,264	20	0,065	0,083		X
D60D	M	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,611	0,596			5,5	1	0,257	14	0,066	0,079		X
D61Z	M	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	0,587	0,587			6,9	1	0,290	15	0,059	0,073		
D62Z	M	Epistaxis	0,338	0,335			4,1	1	0,158	9	0,054	0,062		
D63Z	M	Otitis media und Infektionen der oberen Atemwege	0,420	0,417			4,4	1	0,201	10	0,064	0,075		
D64A	M	Laryngotracheitis und Epiglottitis, Alter > 6 Jahre oder CC	0,419	0,417			4,6	1	0,202	11	0,062	0,072		
D64B	M	Laryngotracheitis und Epiglottitis, Alter < 7 Jahre ohne CC	0,249	0,249			2,6	1	0,124	6	0,068	0,070		
D65Z	M	Verletzung und Deformität der Nase	0,420	0,399			4,1	1	0,148	9	0,050	0,058		
D66Z	M	Anderer Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals	0,524	0,519			5,9	1	0,247	13	0,058	0,071		
D67Z	M	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle, ohne Zahnextraktion und -wiederherstellung	0,526	0,515			5,1	1	0,233	11	0,064	0,077		
D68Z	M	Krankheiten und Störungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag	0,186	0,181			1,0							
<b>MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane</b>														
E01A	O	Große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC												
E01B	O	Große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC												
E02A	O	Anderer OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit äußerst schweren CC	1,927	1,889			16,9	5	0,277	34	0,069	0,093		
E02B	O	Anderer OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne äußerst schwere CC	1,178	1,136			11,3	3	0,231	24	0,057	0,075		
E03Z	O	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	0,670	0,668			5,7	1	0,320	19	0,079	0,096		
E40A	A	Krankheiten der Atmungsorgane mit maschineller Beatmung mit äußerst schweren CC oder ARDS	2,441	2,438			14,5	4	0,480	29	0,116	0,155		
E40B	A	Krankheiten der Atmungsorgane mit maschineller Beatmung ohne äußerst schwere CC, ohne ARDS	1,396	1,392			10,0	2	0,455	23	0,096	0,124		
E41Z	A	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	1,816	1,815			21,1	6	0,252	37	0,058	0,080		
E60Z	M	Zystische Fibrose (Mukoviszidose)	1,590	1,588			11,0	3	0,392	23	0,100	0,131		
E61A	M	Lungenembolie mit äußerst schweren oder schweren CC	1,382	1,382			13,7	4	0,270	26	0,069	0,092		
E61B	M	Lungenembolie ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,094	1,093			11,5	3	0,267	22	0,065	0,085		
E62A	M	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC	1,226	1,225			12,8	3	0,302	26	0,066	0,087		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
E62B	M	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit schweren CC	0,959	0,959			10,7	3	0,236	21	0,062	0,081		
E62C	M	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,742	0,741			8,1	2	0,244	17	0,063	0,080		
E63A	M	Schlafapnoesyndrom	0,283	0,283			2,5	1	0,139	5	0,077	0,079		
E63B	M	Schlafapnoesyndrom, ein Belegungstag	0,144	0,144			1,0							
E64A	M	Lungenödem und respiratorische Insuffizienz mit äußerst schweren CC	1,336	1,335			12,0	3	0,327	25	0,076	0,101		
E64B	M	Lungenödem und respiratorische Insuffizienz ohne äußerst schwere CC	0,890	0,889			8,9	2	0,290	19	0,069	0,088		
E64C	M	Lungenödem und respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag	0,197	0,196			1,0							
E65A	M	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äußerst schweren CC	1,088	1,087			13,0	3	0,267	26	0,057	0,076		
E65B	M	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC	0,772	0,772			9,9	2	0,252	21	0,054	0,070		
E66A	M	Schweres Thoraxtrauma mit äußerst schweren oder schweren CC	1,036	1,034			9,9	2	0,341	22	0,072	0,094		
E66B	M	Schweres Thoraxtrauma ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,514	0,514			6,0	1	0,255	13	0,059	0,072		
E67A	M	Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose	0,783	0,781			8,4	2	0,244	18	0,061	0,078		
E67B	M	Beschwerden und Symptome der Atmung ohne komplexe Diagnose	0,547	0,545			5,4	1	0,256	14	0,066	0,079		
E68A	M	Pneumothorax mit äußerst schweren CC	1,557	1,556			13,6	4	0,306	27	0,079	0,105		
E68B	M	Pneumothorax ohne äußerst schwere CC	0,819	0,816			8,2	2	0,264	17	0,068	0,086		
E69A	M	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 55 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	0,694	0,693			8,2	2	0,227	17	0,058	0,074		
E69B	M	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter < 56 Jahre ohne äußerst schwere ohne schwere CC	0,462	0,461			4,6	1	0,229	11	0,069	0,081		
E69C	M	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag	0,163	0,162			1,0							
E70Z	M	Keuchhusten und akute Bronchiolitis	0,785	0,784			6,8	1	0,391	14	0,081	0,100		
E71A	M	Neubildungen der Atmungsorgane mit Strahlentherapie	1,867	1,865			19,1	5	0,307	37	0,067	0,092		X
E71B	M	Neubildungen der Atmungsorgane ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC	1,088	1,085			11,6	3	0,263	26	0,063	0,083		X
E71C	M	Neubildungen der Atmungsorgane ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC	0,734	0,732			8,3	2	0,235	20	0,060	0,076		X
E71D	M	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag	0,232	0,231			1,0							X
E72A	M	Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode	0,610	0,609			4,6	1	0,303	12	0,092	0,108		
E72B	M	Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode, ein Belegungstag	0,125	0,125			1,0							
E73A	M	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC	1,367	1,363			13,2	3	0,328	28	0,069	0,092		
E73B	M	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC	0,884	0,882			10,2	2	0,284	22	0,059	0,076		
E74A	M	Interstitielle Lungenerkrankung mit äußerst schweren oder schweren CC	1,054	1,052			12,9	3	0,253	26	0,055	0,073		
E74B	M	Interstitielle Lungenerkrankung ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,779	0,778			9,3	2	0,245	20	0,056	0,072		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
E75A	M	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC	1,022	1,018			9,4	2	0,326	22	0,073	0,094		
E75B	M	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC	0,496	0,492			5,2	1	0,235	13	0,063	0,075		
<b>MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems</b>														
F01Z	O	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), komplettes System, Dreikammerstimulation	9,970	9,913			14,3	4	0,351	29	0,086	0,115		
F02Z	O	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD)	5,449	5,399			7,8	2	0,264	17	0,071	0,090		
F03A	O	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit invasiver kardiologischer Diagnostik, Alter < 17 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC												
F03B	O	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit invasiver kardiologischer Diagnostik, Alter > 16 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC												
F04A	O	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine ohne invasive kardiologische Diagnostik, Alter < 1 Jahr oder äußerst schwere oder schwere CC oder komplizierender Eingriff												
F04B	O	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine ohne invasive kardiologische Diagnostik, Alter > 0 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierenden Eingriff												
F05A	O	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit äußerst schweren CC oder komplizierendem Eingriff												
F05B	O	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierenden Eingriff												
F06A	O	Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff												
F06B	O	Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierenden Eingriff												
F07A	O	Andere kardiotorakale oder Gefäßeingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 2 Jahre oder äußerst schwere CC												
F07B	O	Andere kardiotorakale oder Gefäßeingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 1 Jahre ohne äußerst schwere CC												
F08A	O	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine mit äußerst schweren CC	3,445	3,299			20,5	6	0,327	39	0,078	0,106		
F08B	O	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine ohne äußerst schwere CC	2,461	2,336			15,4	4	0,292	28	0,066	0,089		
F09A	O	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter < 3 Jahre	3,615	3,535			11,6	3	0,620	23	0,149	0,196		
F09B	O	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 2 Jahre mit äußerst schweren CC	3,155	3,112			11,3	3	0,584	26	0,145	0,190		
F09C	O	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 2 Jahre ohne äußerst schwere CC	1,905	1,884			5,3	1	0,365	15	0,096	0,116		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
F10Z	O	Perkutane Koronarangioplastie bei akutem Myokardinfarkt	1,625	1,624			9,0	2	0,377	18	0,088	0,113		
F11Z	O	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer obere Extremität und Zehen mit zusätzlichem Gefäßeingriff	4,871	4,718			36,5	11	0,319	55	0,073	0,102		
F12Z	O	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem	1,864	1,849			12,9	3	0,281	27	0,061	0,081		
F13A	O	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC	2,330	2,292			24,5	7	0,262	43	0,060	0,082		
F13B	O	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC	1,624	1,591			19,0	5	0,240	36	0,053	0,072		
F14A	O	Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine mit äußerst schweren CC	1,909	1,872			12,8	3	0,367	27	0,080	0,107		
F14B	O	Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine ohne äußerst schwere CC	1,134	1,111			7,3	1	0,405	19	0,078	0,097		
F15A	O	Perkutane Koronarangioplastie außer bei akutem Myokardinfarkt, Stentimplantation mit äußerst schweren oder schweren CC	1,208	1,208			6,3	1	0,333	16	0,074	0,091		
F15B	O	Perkutane Koronarangioplastie außer bei akutem Myokardinfarkt, Stentimplantation ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,945	0,944			4,0	1	0,227	9	0,079	0,091		
F16Z	O	Perkutane Koronarangioplastie außer bei akutem Myokardinfarkt ohne Stentimplantation	0,878	0,878			4,5	1	0,235	12	0,073	0,085		
F17Z	O	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem	1,128	1,114			5,1	1	0,194	13	0,053	0,063		
F18Z	O	Revision eines Herzschrittmachers oder AICD ohne Aggregatwechsel	0,983	0,953			7,8	2	0,235	18	0,063	0,080		
F19Z	O	Andere perkutan-transluminale Intervention am Herzen	0,984	0,977			4,8	1	0,326	13	0,094	0,112		
F20A	O	Unterbindung und Stripping von Venen mit Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC	0,883	0,827			7,5	2	0,183	19	0,051	0,064		
F20B	O	Unterbindung und Stripping von Venen ohne Ulzeration, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,581	0,529			3,5	1	0,142	7	0,057	0,064		
F21A	O	Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem mit äußerst schweren CC	2,471	2,426			22,8	7	0,273	41	0,067	0,092		
F21B	O	Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem ohne äußerst schwere CC	1,594	1,560			17,9	5	0,227	35	0,053	0,072		
F22Z	O	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), komplettes System, Zweikammerstimulation	8,429	8,371			15,4	4	0,378	30	0,086	0,115		
F23Z	O	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), komplettes System, Einkammerstimulation	7,319	7,271			14,6	4	0,381	29	0,092	0,122		
F24A	O	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem mit äußerst schweren CC	3,077	3,052			16,4	4	0,341	32	0,073	0,098		
F24B	O	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem ohne äußerst schwere CC	2,121	2,099			9,4	2	0,284	21	0,063	0,082		
F25Z	O	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem	4,110	4,067			13,7	4	0,335	28	0,086	0,114		
F26Z	O	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem	1,610	1,592			4,8	1	0,199	11	0,058	0,069		
F27Z	O	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie	1,369	1,367			4,2	1	0,290	11	0,096	0,111		
F28A	O	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer obere Extremität und Zehen ohne Gefäßeingriff mit äußerst schweren oder schweren CC	2,683	2,624			27,0	8	0,261	45	0,061	0,084		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/ -ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
F28B	O	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer obere Extremität und Zehen ohne Gefäßeingriff ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,130	2,083			22,9	7	0,234	41	0,057	0,078		
F40A	A	Kreislauferkrankungen mit maschineller Beatmung mit äußerst schweren CC	2,474	2,470			13,0	3	0,597	29	0,128	0,170		
F40B	A	Kreislauferkrankungen mit maschineller Beatmung ohne äußerst schwere CC	1,882	1,878			10,3	2	0,606	25	0,123	0,161		
F41A	A	Kreislauferkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, mit invasiver kardiologischer Diagnostik mit äußerst schweren CC	1,696	1,694			12,8	3	0,363	26	0,079	0,105		
F41B	A	Kreislauferkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, mit invasiver kardiologischer Diagnostik ohne äußerst schwere CC	1,213	1,212			9,0	2	0,328	18	0,077	0,099		
F42A	A	Kreislauferkrankungen ohne akuten Myokardinfarkt, mit invasiver elektrophysiologischer Diagnostik mit äußerst schweren oder schweren CC	0,992	0,989			6,7	1	0,346	17	0,072	0,090		
F42B	A	Kreislauferkrankungen ohne akuten Myokardinfarkt, mit invasiver elektrophysiologischer Diagnostik ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,771	0,770			4,2	1	0,227	10	0,077	0,088		
F43A	A	Invasive kardiologische Diagnostik, außer bei koronarer Herzerkrankung mit äußerst schweren CC	1,531	1,529			12,4	3	0,310	26	0,070	0,092		
F43B	A	Invasive kardiologische Diagnostik, außer bei koronarer Herzerkrankung mit schweren CC	0,871	0,869			6,8	1	0,311	18	0,064	0,080		
F43C	A	Invasive kardiologische Diagnostik, außer bei koronarer Herzerkrankung ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,616	0,614			4,3	1	0,201	12	0,065	0,076		
F44A	A	Invasive kardiologische Diagnostik bei koronarer Herzerkrankung mit äußerst schweren oder schweren CC	0,612	0,612			4,7	1	0,211	13	0,062	0,074		
F44B	A	Invasive kardiologische Diagnostik bei koronarer Herzerkrankung ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,427	0,427			3,0	1	0,131	7	0,062	0,066		
F45Z	A	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	1,703	1,702			21,9	6	0,236	38	0,053	0,072		
F60A	M	Kreislauferkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC	1,501	1,501			13,9	4	0,296	27	0,075	0,099		
F60B	M	Kreislauferkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC	0,991	0,990			10,2	2	0,321	21	0,066	0,086		
F61Z	M	Infektiöse Endokarditis	1,966	1,964			21,9	6	0,270	40	0,060	0,083		
F62A	M	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC	1,208	1,208			13,8	4	0,237	27	0,060	0,080		
F62B	M	Herzinsuffizienz und Schock mit schweren CC	0,918	0,918			11,6	3	0,225	23	0,054	0,071		
F62C	M	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,746	0,746			9,8	2	0,243	20	0,052	0,068		
F63A	M	Venenthrombose mit äußerst schweren oder schweren CC	1,004	1,003			11,6	3	0,246	23	0,060	0,078		
F63B	M	Venenthrombose ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,710	0,710			9,1	2	0,232	18	0,053	0,069		
F64Z	M	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen	1,238	1,236			15,8	4	0,244	31	0,054	0,073		
F65A	M	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC	1,412	1,408			14,4	4	0,269	29	0,066	0,088		
F65B	M	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und schweren CC	1,062	1,059			12,0	3	0,256	25	0,060	0,079		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/ -ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
F65C	M	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC	0,858	0,854			9,4	2	0,274	22	0,061	0,079		
F65D	M	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,564	0,559			5,1	1	0,256	14	0,071	0,085		
F66A	M	Koronararteriosklerose ohne Angina pectoris, mit äußerst schweren CC	1,090	1,089			11,7	3	0,263	25	0,063	0,083		
F66B	M	Koronararteriosklerose ohne Angina pectoris, ohne äußerst schwere CC oder mit Angina pectoris	0,523	0,523			6,2	1	0,239	15	0,054	0,066		
F66C	M	Koronararteriosklerose, ein Belegungstag	0,181	0,181			1,0							
F67A	M	Hypertonie mit äußerst schweren oder schweren CC	0,736	0,735			9,2	2	0,239	19	0,055	0,070		
F67B	M	Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,539	0,539			6,9	1	0,262	15	0,053	0,066		
F68A	M	Angeborene Herzkrankheit	0,803	0,798			5,9	1	0,357	15	0,085	0,104		
F68B	M	Angeborene Herzkrankheit, ein Belegungstag	0,214	0,212			1,0							
F69A	M	Herzklappenerkrankungen mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC	0,989	0,988			11,5	3	0,239	25	0,058	0,076		
F69B	M	Herzklappenerkrankungen mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,594	0,592			7,2	1	0,272	17	0,053	0,067		
F69C	M	Herzklappenerkrankungen ohne komplexe Diagnose	0,467	0,466			5,1	1	0,218	12	0,059	0,071		
F70A	M	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC oder erfolgreicher Wiederbelebung	1,526	1,524			11,9	3	0,370	25	0,087	0,115		
F70B	M	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC ohne erfolgreiche Wiederbelebung	0,670	0,670			6,9	1	0,316	16	0,064	0,080		
F71A	M	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC	1,050	1,049			11,7	3	0,254	24	0,061	0,080		
F71B	M	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit schweren CC	0,752	0,751			9,0	2	0,241	19	0,056	0,072		
F71C	M	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 70 Jahre	0,639	0,639			7,5	2	0,205	17	0,057	0,072		
F71D	M	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 71 Jahre	0,469	0,468			5,3	1	0,221	12	0,058	0,070		
F72A	M	Instabile Angina pectoris mit äußerst schweren oder schweren CC	0,787	0,787			9,2	2	0,255	19	0,058	0,075		
F72B	M	Instabile Angina pectoris ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,521	0,521			6,2	1	0,250	14	0,056	0,069		
F73A	M	Synkope und Kollaps, Alter > 55 Jahre und CC	0,744	0,743			8,8	2	0,241	18	0,058	0,074		
F73B	M	Synkope und Kollaps, Alter < 56 Jahre oder ohne CC	0,470	0,470			5,2	1	0,227	12	0,061	0,073		
F74Z	M	Thoraxschmerz	0,412	0,411			4,4	1	0,199	10	0,064	0,074		
F75A	M	Anderer Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC	1,191	1,187			12,0	3	0,282	25	0,066	0,087		
F75B	M	Anderer Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC	0,666	0,663			7,1	1	0,308	17	0,061	0,076		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane</b>														
G01A	O	Rektumresektion mit äußerst schweren oder schweren CC	3,583	3,431			22,2	6	0,357	39	0,079	0,108		
G01B	O	Rektumresektion ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,585	2,460			17,5	5	0,285	30	0,069	0,093		
G02A	O	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit Geriatrischer Komplexbehandlung	4,837	4,729			38,2	12	0,328	56	0,078	0,109		
G02B	O	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne Geriatrische Komplexbehandlung, mit äußerst schweren CC	3,190	3,075			21,3	6	0,347	39	0,080	0,109		
G02C	O	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne Geriatrische Komplexbehandlung, ohne äußerst schwere CC	2,140	2,040			15,9	4	0,294	28	0,065	0,087		
G03A	O	Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit äußerst schweren CC	3,820	3,688			21,7	6	0,417	40	0,094	0,129		
G03B	O	Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit schweren CC	2,732	2,622			17,2	5	0,328	33	0,080	0,108		
G03C	O	Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,937	1,833			12,4	3	0,310	26	0,070	0,093		
G04A	O	Adhäsiole am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	1,968	1,886			14,8	4	0,293	29	0,069	0,093		
G04B	O	Adhäsiole am Peritoneum, Alter > 3 Jahre ohne äußerst schwere ohne schwere CC	0,984	0,926			8,0	2	0,213	17	0,056	0,072		
G05A	O	Kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC	1,929	1,857			15,5	4	0,283	30	0,064	0,086		
G05B	O	Kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC	1,327	1,265			11,1	3	0,232	20	0,058	0,076		
G06Z	O	Pyloromyotomie	1,167	1,127			8,0	2	0,314	14	0,083	0,105		
G07A	O	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC	1,537	1,482			11,4	3	0,294	22	0,072	0,095		
G07B	O	Appendektomie bei Peritonitis ohne äußerst schwere oder schwere CC oder außer bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC	0,947	0,901			7,9	2	0,221	15	0,059	0,074		
G07C	O	Appendektomie außer bei Peritonitis ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,668	0,628			5,3	1	0,213	10	0,056	0,068		
G08A	O	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre mit äußerst schweren CC	1,420	1,356			12,1	3	0,249	25	0,058	0,076		
G08B	O	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre ohne äußerst schwere CC	0,774	0,724			6,7	1	0,236	14	0,049	0,061		
G09A	O	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre	0,707	0,654			5,8	1	0,199	12	0,048	0,058		
G09B	O	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre und < 56 Jahre	0,619	0,569			4,5	1	0,163	9	0,051	0,060		
G10Z	O	Eingriffe bei Hernien, Alter < 1 Jahr	0,582	0,543			3,3	1	0,182	8	0,078	0,085		
G11A	O	Andere Eingriffe am Anus mit äußerst schweren CC	1,115	1,074			11,2	3	0,216	24	0,054	0,071		
G11B	O	Andere Eingriffe am Anus ohne äußerst schwere CC	0,507	0,477			5,0	1	0,175	11	0,049	0,058		
G12A	O	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit äußerst schweren CC	2,611	2,531			19,4	5	0,345	37	0,075	0,102		
G12B	O	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne äußerst schwere CC, Alter > 60 Jahre oder schwere CC	1,576	1,517			13,3	3	0,293	27	0,062	0,082		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
G12C	O	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen, Alter < 61 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,680	0,639			5,8	1	0,222	14	0,054	0,066		
G13A	O	Andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma mit äußerst schweren CC	1,876	1,828			15,1	4	0,304	30	0,070	0,094		
G13B	O	Andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC	0,946	0,902			8,5	2	0,223	18	0,055	0,071		
G46A	A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff	1,497	1,495			13,4	3	0,335	27	0,070	0,093		
G46B	A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierenden Eingriff	1,001	0,998			10,4	2	0,288	22	0,058	0,076		
G47A	A	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane mit äußerst schweren CC	1,314	1,313			13,5	3	0,310	27	0,064	0,086		
G47B	A	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane mit schweren CC	0,957	0,955			10,9	3	0,222	22	0,057	0,075		
G47C	A	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,698	0,696			8,1	2	0,211	17	0,055	0,070		
G48A	A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff	0,791	0,789			9,4	2	0,242	21	0,054	0,070		
G48B	A	Koloskopie ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierenden Eingriff	0,487	0,485			5,7	1	0,213	14	0,052	0,063		
G49Z	A	Koloskopie und Gastroskopie, ein Belegungstag	0,213	0,211			1,0							
G50A	A	Andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane mit äußerst schweren oder schweren CC	0,788	0,787			9,1	2	0,244	20	0,056	0,072		
G50B	A	Andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,469	0,467			5,3	1	0,206	13	0,055	0,066		
G51Z	A	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	1,855	1,855			22,9	7	0,227	40	0,056	0,076		
G60A	M	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane mit Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC	2,217	2,215			18,8	5	0,363	37	0,081	0,110		X
G60B	M	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC	1,078	1,075			10,6	3	0,259	24	0,069	0,090		X
G60C	M	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane mit Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC	0,866	0,865			7,4	1	0,425	18	0,080	0,101		X
G60D	M	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC	0,500	0,498			5,2	1	0,235	14	0,063	0,076		X
G60E	M	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane ohne Strahlentherapie, ein Belegungstag	0,192	0,191			1,0							X
G64A	M	Entzündliche Darmerkrankung, Alter < 18 Jahre oder > 69 Jahre	0,697	0,694			6,7	1	0,336	17	0,071	0,088		
G64B	M	Entzündliche Darmerkrankung, Alter > 17 Jahre und < 70 Jahre	0,604	0,602			6,8	1	0,283	17	0,058	0,072		
G65A	M	Obstruktion des Verdauungstraktes mit äußerst schweren oder schweren CC	0,569	0,568			6,1	1	0,279	14	0,064	0,078		
G65B	M	Obstruktion des Verdauungstraktes ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,369	0,368			4,2	1	0,180	10	0,060	0,069		
G66A	M	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und CC	0,524	0,523			5,8	1	0,252	14	0,061	0,074		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
G66B	M	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 56 Jahre oder ohne CC	0,269	0,269			3,0	1	0,131	7	0,061	0,066		
G67A	M	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit komplexer Diagnose	0,558	0,557			6,0	1	0,273	14	0,063	0,078		
G67B	M	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Diagnose	0,377	0,376			4,0	1	0,185	10	0,065	0,074		
G67C	M	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane, ein Belegungstag	0,155	0,155			1,0							
G70Z	M	Anderere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	0,983	0,976			9,2	2	0,309	21	0,071	0,091		
G71Z	M	Anderere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	0,447	0,437			4,6	1	0,186	11	0,056	0,066		
G72Z	M	Anderere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane	0,248	0,246			2,8	1	0,116	6	0,058	0,061		
G73A	M	Gastrointestinale Blutung und Ulkuserkrankung mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC	1,032	1,029			9,4	2	0,321	21	0,072	0,093		
G73B	M	Gastrointestinale Blutung und Ulkuserkrankung ohne komplexe Diagnose, Alter > 74 Jahre oder schwere CC	0,728	0,727			7,7	2	0,229	17	0,062	0,079		
G73C	M	Gastrointestinale Blutung und Ulkuserkrankung ohne komplexe Diagnose, Alter < 75 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,474	0,472			4,9	1	0,215	11	0,062	0,073		
G73D	M	Gastrointestinale Blutung und Ulkuserkrankung, ein Belegungstag	0,201	0,200			1,0							
<b>MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas</b>														
H01A	O	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen mit äußerst schweren CC	4,023	3,874			22,0	6	0,423	40	0,094	0,129		
H01B	O	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen ohne äußerst schwere CC	2,660	2,534			15,5	4	0,346	29	0,078	0,105		
H02A	O	Große Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung oder äußerst schwere CC	3,378	3,250			22,9	7	0,306	41	0,075	0,103		
H02B	O	Große Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC	2,112	2,011			16,6	5	0,238	31	0,060	0,081		
H05A	O	Diagnostische Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC	2,648	2,588			19,7	6	0,318	38	0,079	0,108		
H05B	O	Diagnostische Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC	1,552	1,505			12,3	3	0,299	25	0,068	0,090		
H06A	O	Anderere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit CC	1,928	1,888			12,3	3	0,406	27	0,093	0,122		
H06B	O	Anderere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne CC	1,107	1,095			5,2	1	0,488	15	0,131	0,157		
H07A	O	Cholezystektomie mit äußerst schweren CC	2,211	2,136			16,5	4	0,344	31	0,073	0,098		
H07B	O	Cholezystektomie ohne äußerst schwere CC	1,270	1,201			10,7	3	0,208	20	0,054	0,071		
H08A	O	Laparoskopische Cholezystektomie mit äußerst schweren oder schweren CC	1,195	1,132			10,3	2	0,262	22	0,053	0,070		
H08B	O	Laparoskopische Cholezystektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,761	0,706			5,8	1	0,215	11	0,052	0,064		
H40Z	A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung	1,749	1,748			15,1	4	0,320	30	0,074	0,099		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
H41A	A	Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren oder schweren CC	1,268	1,266			12,2	3	0,270	26	0,062	0,082		
H41B	A	Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,932	0,931			9,3	2	0,253	21	0,057	0,074		
H42A	A	Andere therapeutische ERCP, Alter > 65 Jahre oder äußerst schwere CC	1,028	1,026			11,5	3	0,227	24	0,055	0,073		
H42B	A	Andere therapeutische ERCP, Alter < 66 Jahre ohne äußerst schwere CC	0,791	0,788			8,7	2	0,227	19	0,055	0,070		
H60A	M	Leberzirrhose und alkoholische Hepatitis, mit äußerst schweren CC	1,490	1,489			14,8	4	0,289	30	0,068	0,091		
H60B	M	Leberzirrhose und alkoholische Hepatitis, ohne äußerst schwere CC	1,008	1,007			12,1	3	0,243	25	0,056	0,074		
H61A	M	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas mit Strahlentherapie	1,962	1,960			17,9	5	0,321	36	0,075	0,102		X
H61B	M	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren oder schweren CC	0,961	0,958			9,7	2	0,306	23	0,066	0,086		X
H61C	M	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,609	0,606			5,8	1	0,287	16	0,069	0,085		X
H61D	M	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag	0,227	0,226			1,0							X
H62A	M	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis	0,971	0,971			11,0	3	0,237	23	0,060	0,079		
H62B	M	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung ohne akute Pankreatitis	0,735	0,734			8,7	2	0,233	19	0,056	0,072		
H63A	M	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und alkoholischer Hepatitis mit komplexer Diagnose und äußerst schweren oder schweren CC	1,410	1,409			12,2	3	0,343	26	0,079	0,104		
H63B	M	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und alkoholischer Hepatitis ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,044	1,044			11,2	3	0,251	24	0,063	0,082		
H63C	M	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und alkoholischer Hepatitis ohne komplexe Diagnose ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,533	0,532			5,6	1	0,254	15	0,063	0,077		
H63D	M	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und alkoholischer Hepatitis, ein Belegungstag	0,207	0,206			1,0							
H64A	M	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen mit äußerst schweren oder schweren CC	0,886	0,883			9,8	2	0,278	21	0,060	0,077		
H64B	M	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,518	0,513			5,7	1	0,231	13	0,057	0,069		
<b>MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe</b>														
I01A	O	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit äußerst schweren CC	3,939	3,809			30,0	9	0,254	48	0,059	0,082		
I01B	O	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität ohne äußerst schwere CC	2,689	2,602			20,7	6	0,215	33	0,051	0,069		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
I02A	O	Gewebe- und Hauttransplantation mit äußerst schweren CC	4,512	4,343			39,9	12	0,251	58	0,057	0,080		
I02B	O	Gewebe- und Hauttransplantation mit schweren CC oder CC	3,218	3,074			27,0	8	0,240	45	0,056	0,077		
I02C	O	Gewebe- und Hauttransplantation ohne CC	2,544	2,421			19,9	6	0,232	38	0,057	0,078		
I03A	O	Eingriffe am Hüftgelenk, Revision des Hüftgelenkes oder Ersatz des Hüftgelenkes mit äußerst schweren oder schweren CC, mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	3,678	3,598			33,6	10	0,256	52	0,059	0,081		
I03B	O	Eingriffe am Hüftgelenk, Revision des Hüftgelenkes ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung mit äußerst schweren oder schweren CC	3,031	2,927			23,3	7	0,236	39	0,057	0,078		
I03C	O	Eingriffe am Hüftgelenk, Ersatz des Hüftgelenkes ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder Revision des Hüftgelenkes ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,536	2,456			19,3	5	0,261	32	0,057	0,077		
I03D	O	Eingriffe am Hüftgelenk, Ersatz des Hüftgelenkes ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,234	2,165			17,3	5	0,211	26	0,051	0,069		
I04Z	O	Ersatz des Kniegelenkes und Replantation am Kniegelenk	2,650	2,578			18,3	5	0,224	28	0,052	0,070		
I05Z	O	Anderer großer Gelenkersatz	2,657	2,569			17,4	5	0,232	31	0,056	0,075		
I06A	O	Komplexe Wirbelkörperperfusion mit äußerst schweren CC	5,338	5,129			28,4	8	0,353	46	0,078	0,108		
I06B	O	Komplexe Wirbelkörperperfusion ohne äußerst schwere CC	4,001	3,820			22,1	6	0,307	38	0,068	0,093		
I07A	O	Amputation mit äußerst schweren CC	3,517	3,423			30,1	9	0,290	48	0,067	0,093		
I07B	O	Amputation ohne äußerst schwere CC	2,425	2,333			22,7	7	0,227	41	0,056	0,077		
I08A	O	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit äußerst schweren CC, mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	3,174	3,106			31,0	9	0,270	49	0,061	0,084		
I08B	O	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit äußerst schweren CC, ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung	2,447	2,370			19,6	6	0,266	36	0,066	0,090		
I08C	O	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne äußerst schwere CC, mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	2,337	2,271			23,6	7	0,236	41	0,056	0,077		
I08D	O	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne äußerst schwere CC, ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung	1,777	1,706			15,1	4	0,250	28	0,058	0,078		
I09A	O	Wirbelkörperperfusion mit äußerst schweren oder schweren CC	3,399	3,238			20,9	6	0,295	38	0,069	0,094		
I09B	O	Wirbelkörperperfusion ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,396	2,279			15,3	4	0,245	28	0,056	0,075		
I10A	O	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC	2,530	2,436			19,4	5	0,301	37	0,065	0,088		
I10B	O	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC	1,270	1,206			11,3	3	0,204	21	0,051	0,066		
I11Z	O	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität	1,415	1,334			9,6	2	0,269	21	0,059	0,076		
I12A	O	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC	2,203	2,148			21,8	6	0,258	40	0,058	0,079		
I12B	O	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC	1,655	1,594			16,8	5	0,203	34	0,051	0,068		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
I12C	O	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,224	1,173			12,8	3	0,215	27	0,047	0,062		
I13A	O	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	3,367	3,289			37,9	12	0,225	56	0,054	0,075		
I13B	O	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, mit äußerst schweren CC	2,436	2,356			20,6	6	0,254	39	0,060	0,082		
I13C	O	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, mit schweren CC	1,818	1,744			16,4	4	0,248	31	0,053	0,071		
I13D	O	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,246	1,184			10,7	3	0,196	22	0,051	0,067		
I14Z	O	Revision eines Amputationsstumpfes	1,771	1,727			17,6	5	0,239	35	0,057	0,077		
I15Z	O	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel	2,236	2,139			11,0	3	0,360	22	0,092	0,120		
I16Z	O	Anderere Eingriffe am Schultergelenk	0,745	0,693			6,0	1	0,214	12	0,050	0,061		
I17Z	O	Operationen am Gesichtsschädel	1,844	1,738			11,1	3	0,282	23	0,071	0,094		
I18Z	O	Anderere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	0,584	0,543			4,6	1	0,166	10	0,051	0,060		
I20Z	O	Eingriffe am Fuß	0,862	0,810			8,1	2	0,175	18	0,045	0,058		
I21Z	O	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur	0,786	0,733			6,0	1	0,217	13	0,051	0,062		
I22Z	O	Große Eingriffe an Handgelenk, Hand und Daumen	0,601	0,557			4,3	1	0,170	9	0,055	0,064		
I23Z	O	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur	0,558	0,517			4,2	1	0,158	10	0,053	0,061		
I24Z	O	Arthroskopie einschließlich Biopsie	0,559	0,522			4,5	1	0,162	10	0,051	0,059		
I25Z	O	Diagnostische Eingriffe an Knochen und Gelenken einschließlich Biopsie	1,049	1,011			8,8	2	0,256	21	0,061	0,078		
I26Z	O	Anderere Eingriffe an Handgelenk und Hand	0,520	0,477			3,6	1	0,139	8	0,054	0,060		
I27A	O	Eingriffe am Weichteilgewebe mit äußerst schweren oder schweren CC	1,480	1,420			13,5	4	0,211	28	0,055	0,073		
I27B	O	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,798	0,748			6,9	1	0,238	15	0,048	0,060		
I28A	O	Anderere Eingriffe am Bindegewebe mit äußerst schweren CC	2,421	2,354			19,7	6	0,280	38	0,070	0,095		
I28B	O	Anderere Eingriffe am Bindegewebe mit schweren CC oder CC	1,298	1,239			11,0	3	0,229	24	0,058	0,076		
I28C	O	Anderere Eingriffe am Bindegewebe ohne CC	0,779	0,730			6,4	1	0,234	15	0,051	0,063		
I29Z	O	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk	1,023	0,958			8,4	2	0,195	16	0,049	0,062		
I30Z	O	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	1,123	1,059			9,2	2	0,216	18	0,049	0,064		
I31Z	O	Komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm	0,923	0,865			7,4	1	0,268	16	0,050	0,063		
I32Z	O	Komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand	0,681	0,635			4,5	1	0,189	11	0,059	0,069		
I40A	A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren oder schweren CC	1,578	1,576			20,7	6	0,222	37	0,052	0,071		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
I40B	A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,162	1,161			16,9	5	0,190	29	0,047	0,064		
I41Z	A	Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	1,748	1,748			24,9	7	0,218	39	0,049	0,067		
I60Z	M	Frakturen am Femurschaft	1,556	1,543			14,4	4	0,297	29	0,072	0,096		
I61Z	M	Andere Frakturen am Femur	1,054	1,047			12,0	3	0,255	26	0,059	0,078		
I62Z	M	Frakturen an Becken und Schenkelhals	1,015	1,012			12,7	3	0,247	27	0,055	0,072		
I63Z	M	Verstauchung, Zerrung und Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel	0,691	0,683			8,8	2	0,217	21	0,052	0,067		
I64A	M	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre oder > 74 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	1,529	1,522			15,3	4	0,293	31	0,067	0,090		
I64B	M	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre und < 75 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,734	0,723			8,6	2	0,222	21	0,054	0,069		
I65A	M	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologische Fraktur mit Strahlentherapie	2,151	2,149			18,5	5	0,355	36	0,081	0,109		X
I65B	M	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologische Fraktur ohne Strahlentherapie, Alter < 17 Jahre oder äußerst schwere CC	1,208	1,203			6,9	1	0,587	17	0,119	0,148		X
I65C	M	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologische Fraktur ohne Strahlentherapie, Alter > 16 Jahre ohne äußerst schwere CC	1,007	1,002			7,5	2	0,323	18	0,090	0,113		X
I65D	M	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologische Fraktur ohne Strahlentherapie, ein Belegungstag	0,286	0,283			1,0							X
I66A	M	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplexer Diagnose	1,111	1,111			13,1	3	0,273	27	0,058	0,077		
I66B	M	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplexe Diagnose	0,918	0,917			10,2	2	0,300	23	0,062	0,080		
I66C	M	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag	0,188	0,187			1,0							
I67Z	M	Septische Arthritis	0,949	0,945			11,8	3	0,229	26	0,055	0,072		
I68A	M	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, Alter > 55 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	0,888	0,886			12,1	3	0,217	24	0,050	0,066		
I68B	M	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, Alter < 56 Jahre ohne äußerst schwere ohne schwere CC	0,698	0,696			9,3	2	0,225	20	0,051	0,066		
I68C	M	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	0,186	0,185			1,0							
I69Z	M	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien	0,923	0,918			11,6	3	0,214	25	0,052	0,068		
I70Z	M	Unspezifische Arthropathien	0,723	0,722			8,3	2	0,238	19	0,060	0,077		
I71Z	M	Muskel- und Sehnerkrankungen	0,835	0,834			10,4	2	0,273	23	0,055	0,072		
I72A	M	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC	1,118	1,111			12,3	3	0,268	25	0,061	0,081		
I72B	M	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,538	0,528			6,5	1	0,241	16	0,052	0,065		
I73Z	M	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes	0,743	0,737			9,8	2	0,230	22	0,050	0,064		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
I74A	M	Verletzung an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC	0,790	0,781			9,4	2	0,246	22	0,055	0,071		
I74B	M	Verletzung an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,465	0,449			4,5	1	0,185	11	0,058	0,068		
I75A	M	Schwere Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC	0,916	0,912			11,4	3	0,221	24	0,054	0,071		
I75B	M	Schwere Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC	0,674	0,667			8,6	2	0,210	19	0,051	0,066		
I76A	M	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes mit komplexer Diagnose oder mit äußerst schweren CC	1,123	1,120			14,3	4	0,220	29	0,054	0,072		
I76B	M	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC	0,528	0,516			5,4	1	0,230	14	0,060	0,072		
I77Z	M	Mäßig schwere Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	0,524	0,515			6,2	1	0,231	15	0,053	0,065		
I78Z	M	Leichte bis moderate Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	0,402	0,394			4,3	1	0,179	10	0,058	0,067		
<b>MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma</b>														
J01Z	O	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei Erkrankung der Haut, Unterhaut und Mamma	4,210	3,912			23,4	7	0,305	41	0,073	0,100		
J02A	O	Hauttransplantation / Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung mit äußerst schweren CC	3,183	3,129			34,8	11	0,227	53	0,055	0,076		
J02B	O	Hauttransplantation / Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung ohne äußerst schwere CC	2,219	2,164			28,0	8	0,214	46	0,048	0,066		
J03A	O	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung mit äußerst schweren CC	2,091	2,052			24,0	7	0,235	42	0,055	0,075		
J03B	O	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung ohne äußerst schwere CC	1,518	1,483			18,1	5	0,221	34	0,051	0,069		
J04A	O	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, Alter > 69 Jahre oder CC	1,167	1,128			11,9	3	0,227	26	0,054	0,071		
J04B	O	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, Alter < 70 Jahre ohne CC	1,004	0,966			7,9	2	0,235	17	0,062	0,079		
J06Z	O	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung	1,484	1,414			11,1	3	0,261	21	0,066	0,086		
J07Z	O	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung	0,638	0,599			4,5	1	0,216	10	0,067	0,079		
J08A	O	Anderer Hauttransplantation und / oder Debridement mit äußerst schweren CC	1,759	1,728			16,9	5	0,242	34	0,060	0,081		
J08B	O	Anderer Hauttransplantation und / oder Debridement mit schweren CC	1,225	1,198			11,6	3	0,239	25	0,058	0,076		
J08C	O	Anderer Hauttransplantation und / oder Debridement ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,856	0,834			8,3	2	0,213	19	0,054	0,069		
J09Z	O	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal	0,499	0,469			4,9	1	0,173	11	0,049	0,059		
J10Z	O	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung	0,713	0,674			5,2	1	0,204	14	0,054	0,065		
J11A	O	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren CC	1,840	1,806			17,0	5	0,265	34	0,065	0,088		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
J11B	O	Anderere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit schweren CC oder CC	0,909	0,880			8,7	2	0,233	20	0,056	0,072		
J11C	O	Anderere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne CC	0,571	0,544			4,9	1	0,194	12	0,055	0,065		
J12Z	O	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung	1,003	0,957			8,3	2	0,220	19	0,056	0,071		
J13Z	O	Kleine Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung	0,583	0,544			4,2	1	0,193	9	0,065	0,074		
J14Z	O	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung	1,961	1,840			13,2	3	0,292	23	0,062	0,082		
J15Z	O	Große Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung	0,973	0,904			6,2	1	0,247	13	0,056	0,069		
J60Z	M	Hautulkus	1,241	1,240			15,0	4	0,246	31	0,057	0,077		
J61A	M	Schwere Erkrankungen der Haut, Alter > 17 Jahre mit äußerst schweren CC	1,866	1,866			19,0	5	0,309	36	0,068	0,093		
J61B	M	Schwere Erkrankungen der Haut, Alter > 17 Jahre ohne äußerst schwere CC	1,675	1,674			17,7	5	0,278	33	0,066	0,089		
J61C	M	Schwere Erkrankungen der Haut, Alter < 18 Jahre	1,202	1,201			12,3	3	0,298	25	0,068	0,090		
J62A	M	Bösartige Neubildungen der Mamma mit Strahlentherapie	2,265	2,265			19,5	6	0,322	38	0,081	0,110		X
J62B	M	Bösartige Neubildungen der Mamma ohne Strahlentherapie mit äußerst schweren CC	1,184	1,182			11,1	3	0,290	24	0,073	0,096		X
J62C	M	Bösartige Neubildungen der Mamma ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC	0,473	0,470			4,8	1	0,225	14	0,066	0,078		X
J62D	M	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag	0,212	0,212			1,0							X
J63Z	M	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildungen	0,466	0,453			4,5	1	0,193	11	0,060	0,070		
J64A	M	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut mit äußerst schweren CC	1,323	1,320			14,4	4	0,258	29	0,063	0,084		
J64B	M	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut ohne äußerst schwere CC	0,656	0,651			7,9	2	0,209	17	0,055	0,070		
J65A	M	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, Alter > 70 Jahre oder schwere CC	0,489	0,487			6,1	1	0,239	15	0,055	0,067		
J65B	M	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, Alter < 71 Jahre ohne schwere CC	0,291	0,288			3,3	1	0,138	7	0,059	0,065		
J66Z	M	Mäßig schwere Hauterkrankungen	0,877	0,876			9,6	2	0,287	21	0,063	0,081		X
J67A	M	Leichte bis moderate Hauterkrankungen mit CC	0,869	0,867			8,9	2	0,280	20	0,066	0,085		
J67B	M	Leichte bis moderate Hauterkrankungen ohne CC	0,517	0,512			5,4	1	0,240	13	0,062	0,075		
J68Z	M	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag	0,186	0,184			1,0							
<b>MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</b>														
K01B	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, mit äußerst schweren CC	2,388	2,342			28,0	8	0,235	46	0,053	0,073		
K01C	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung, ohne äußerst schwere CC	1,602	1,574			19,6	6	0,204	37	0,051	0,069		
K02Z	O	Eingriffe an der Hypophyse	2,478	2,376			15,0	4	0,355	28	0,083	0,111		
K03Z	O	Eingriffe an der Nebenniere	2,074	1,964			13,3	3	0,333	27	0,070	0,093		
K04Z	O	Große Eingriffe bei Adipositas	1,536	1,432			7,6	2	0,233	16	0,064	0,081		
K07Z	O	Anderere Eingriffe bei Adipositas	1,118	1,048			8,6	2	0,201	18	0,049	0,062		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
K09A	O	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen, Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC	2,808	2,739			21,4	6	0,325	39	0,075	0,102		
K09B	O	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen, Alter > 6 Jahre ohne äußerst schwere CC	1,428	1,367			10,9	3	0,251	24	0,064	0,084		
K10Z	O	Andere Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus außer bei bösartiger Neubildung	0,846	0,774			5,5	1	0,217	10	0,055	0,067		
K11Z	O	Eingriffe an Schilddrüse und Nebenschilddrüse bei bösartiger Neubildung	1,496	1,380			8,7	2	0,263	19	0,063	0,081		
K12Z	O	Eingriffe an der Schilddrüse mit Parathyreoidektomie außer bei bösartiger Neubildung	1,208	1,116			6,3	1	0,308	14	0,069	0,085		
K40Z	A	Endoskopische oder diagnostische Eingriffe bei Stoffwechselerkrankungen ohne CC	0,862	0,861			10,2	2	0,268	22	0,055	0,072		
K41Z	A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	1,131	1,131			6,4	1	0,564	17	0,124	0,153		X
K42Z	A	Radiojodtherapie	0,758	0,758			5,2	1	0,377	11	0,101	0,121		X
K43A	A	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit äußerst schweren CC	1,852	1,852			21,6	6	0,260	37	0,059	0,081		
K43B	A	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen ohne äußerst schwere CC	1,467	1,466			19,6	6	0,203	37	0,051	0,069		
K60A	M	Diabetes mellitus mit äußerst schweren CC	1,110	1,109			13,1	3	0,274	26	0,058	0,078		
K60B	M	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder schwere CC	1,002	1,002			11,3	3	0,247	22	0,061	0,080		
K60C	M	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 10 Jahre, mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose	0,827	0,826			9,7	2	0,272	20	0,059	0,076		
K60D	M	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 10 Jahre, ohne multiple Komplikationen oder Ketoazidose	0,745	0,744			8,9	2	0,245	18	0,058	0,074		
K61Z	M	Schwere Ernährungsstörungen	0,926	0,925			9,3	2	0,301	22	0,068	0,088		
K62A	M	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen mit äußerst schweren CC	0,923	0,923			10,0	2	0,302	21	0,064	0,083		
K62B	M	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen ohne äußerst schwere CC	0,586	0,584			5,9	1	0,286	15	0,067	0,082		
K63A	M	Angeborene Stoffwechselstörungen	0,787	0,784			6,4	1	0,380	17	0,084	0,103		
K63B	M	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag	0,224	0,221			1,0							
K64A	M	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	1,879	1,877			13,1	3	0,466	28	0,100	0,133		X
K64B	M	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren CC	1,224	1,220			10,2	2	0,394	24	0,081	0,106		X
K64C	M	Endokrinopathien, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC	0,701	0,699			5,6	1	0,335	14	0,083	0,101		X

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane</b>														
L02Z	O	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters	2,753	2,704			18,5	5	0,402	35	0,091	0,124		
L03A	O	Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC	3,099	2,952			19,5	5	0,357	36	0,077	0,105		
L03B	O	Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, mit schweren CC oder CC	2,346	2,219			15,9	4	0,302	29	0,066	0,089		
L03C	O	Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne CC	1,879	1,767			13,2	3	0,295	22	0,063	0,083		
L04A	O	Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe außer bei Neubildung mit äußerst schweren CC	3,320	3,198			20,2	6	0,356	38	0,087	0,118		
L04B	O	Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe außer bei Neubildung ohne äußerst schwere CC	1,880	1,786			12,7	3	0,311	24	0,069	0,091		
L05A	O	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC	1,609	1,546			15,0	4	0,249	31	0,058	0,078		
L05B	O	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC	0,923	0,880			8,8	2	0,227	18	0,054	0,069		
L06A	O	Kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC	1,401	1,343			12,1	3	0,263	25	0,061	0,081		
L06B	O	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC	0,798	0,754			7,4	1	0,271	16	0,051	0,065		
L07A	O	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion mit äußerst schweren CC	1,065	1,022			10,3	2	0,271	22	0,055	0,072		
L07B	O	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion ohne äußerst schwere CC	0,675	0,637			5,8	1	0,235	12	0,056	0,069		
L08Z	O	Eingriffe an der Urethra	0,645	0,611			5,7	1	0,232	13	0,057	0,069		
L09A	O	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 2 Jahre oder äußerst schwere CC	2,648	2,589			19,6	6	0,310	38	0,077	0,105		
L09B	O	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 1 Jahre ohne äußerst schwere CC	1,248	1,195			9,6	2	0,295	23	0,064	0,083		
L10Z	O	Blasenrekonstruktion bei Neubildung	4,791	4,557			27,9	8	0,344	44	0,078	0,107		
L40Z	A	Diagnostische Ureterorenoskopie	0,606	0,573			5,0	1	0,212	12	0,060	0,071		
L41Z	A	Urethrozystoskopie ohne CC	0,428	0,415			3,9	1	0,166	9	0,060	0,069		
L42Z	A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen	0,582	0,565			4,5	1	0,227	11	0,070	0,082		
L43A	A	Komplexe Ureteroskopie mit äußerst schweren oder schweren CC	1,377	1,341			12,2	3	0,282	26	0,065	0,085		
L43B	A	Komplexe Ureteroskopie ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,982	0,940			8,0	2	0,238	17	0,062	0,079		
L60A	M	Niereninsuffizienz mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder hämolytisch-urämischem Syndrom	1,966	1,964			16,4	4	0,387	32	0,083	0,111		X
L60B	M	Niereninsuffizienz ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren CC	1,698	1,695			14,9	4	0,329	31	0,078	0,104		X
L60C	M	Niereninsuffizienz mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne hämolytisch-urämisches Syndrom	1,267	1,266			12,1	3	0,311	26	0,072	0,095		X
L60D	M	Niereninsuffizienz ohne komplexe Diagnose ohne äußerst schwere CC	1,026	1,022			10,2	2	0,326	23	0,067	0,087		X
L62A	M	Neubildungen der Hamorgane mit Strahlentherapie	1,926	1,925			17,5	5	0,318	36	0,076	0,103		X
L62B	M	Neubildungen der Hamorgane ohne Strahlentherapie	0,619	0,614			6,3	1	0,294	17	0,065	0,080		X
L62C	M	Neubildungen der Hamorgane ohne Strahlentherapie, ein Belegungstag	0,196	0,195			1,0							X

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
L63A	M	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC	1,076	1,074			11,3	3	0,264	23	0,066	0,086		
L63B	M	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC	0,569	0,567			6,3	1	0,277	14	0,062	0,076		
L64A	M	Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter > 75 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	0,478	0,468			4,9	1	0,206	12	0,059	0,070		
L64B	M	Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter < 76 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,321	0,317			3,4	1	0,146	8	0,060	0,067		
L65Z	M	Beschwerden und Symptome der Harnorgane	0,460	0,456			5,0	1	0,215	12	0,061	0,072		
L66Z	M	Urethrastriktur	0,426	0,418			4,1	1	0,186	10	0,063	0,072		
L67Z	M	Andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane	0,454	0,449			4,4	1	0,209	11	0,067	0,078		
L68Z	M	Andere mäßig schwere Erkrankung der Harnorgane	0,566	0,561			5,9	1	0,263	15	0,063	0,077		
L69A	M	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC	1,223	1,221			13,6	4	0,240	27	0,062	0,082		
L69B	M	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,837	0,836			9,6	2	0,274	21	0,060	0,078		
L70Z	M	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag	0,211	0,209			1,0							
L71A	M	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse	0,352	0,350			1,0							X
L71B	M	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag ohne Dialyse	0,234	0,233			1,0							X
<b>MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane</b>														
M01A	O	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC	2,628	2,500			18,1	5	0,288	31	0,067	0,091		
M01B	O	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC	2,075	1,958			14,6	4	0,259	25	0,062	0,083		
M02Z	O	Transurethrale Prostataresektion	0,985	0,929			8,9	2	0,229	16	0,054	0,070		
M03Z	O	Eingriffe am Penis	1,105	1,045			8,5	2	0,247	17	0,061	0,078		
M04A	O	Eingriffe am Hoden mit äußerst schweren CC	1,413	1,364			12,9	3	0,271	27	0,059	0,078		
M04B	O	Eingriffe am Hoden mit schweren CC	0,956	0,909			8,4	2	0,221	19	0,055	0,070		
M04C	O	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,657	0,612			4,6	1	0,189	10	0,058	0,068		
M05Z	O	Zirkumzision	0,455	0,428			3,1	1	0,139	7	0,063	0,068		
M06Z	O	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen	0,887	0,850			8,2	2	0,221	18	0,057	0,073		
M07Z	O	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds	2,248	2,173			3,6	1	0,505	7	0,195	0,218		
M08Z	O	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, außer Implantation von > 10 Seeds	1,278	1,238			2,4	1	0,495	6	0,284	0,288		
M09A	O	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC	1,863	1,790			14,4	4	0,277	30	0,067	0,090		
M09B	O	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	1,107	1,035			8,2	2	0,245	17	0,063	0,080		
M40Z	A	Urethrozystoskopie ohne CC	0,445	0,429			3,8	1	0,171	9	0,063	0,071		
M60A	M	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane mit Strahlentherapie	1,495	1,494			14,6	4	0,296	31	0,071	0,095		X
M60B	M	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane ohne Strahlentherapie, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC	1,262	1,258			11,8	3	0,307	26	0,073	0,096		X

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/ -ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
M60C	M	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane ohne Strahlentherapie, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC	0,571	0,566			5,9	1	0,268	15	0,064	0,078		X
M60D	M	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag	0,208	0,206			1,0							X
M61Z	M	Benigne Prostatahyperplasie	0,481	0,475			5,2	1	0,216	13	0,058	0,070		
M62Z	M	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	0,478	0,474			5,7	1	0,225	12	0,055	0,067		
M63Z	M	Sterilisation beim Mann	0,355	0,335			2,1	1	0,109	4	0,073	0,071		
M64Z	M	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane	0,390	0,382			3,9	1	0,168	10	0,060	0,068		
<b>MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane</b>														
N01A	O	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie mit äußerst schweren oder schweren CC	3,714	3,561			22,2	6	0,369	40	0,081	0,111		
N01B	O	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,511	2,387			16,6	5	0,287	30	0,073	0,098		
N02A	O	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien oder Adnexe mit äußerst schweren CC	3,380	3,228			21,1	6	0,343	38	0,080	0,109		
N02B	O	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien oder Adnexe mit schweren CC oder CC	2,178	2,070			15,1	4	0,299	29	0,069	0,093		
N02C	O	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien oder Adnexe ohne CC	1,203	1,131			9,0	2	0,263	19	0,061	0,079		
N03A	O	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe mit äußerst schweren CC	3,084	2,954			21,1	6	0,326	39	0,076	0,103		
N03B	O	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe ohne äußerst schwere CC	1,842	1,739			13,8	4	0,249	25	0,063	0,084		
N04A	O	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit aufwändigem Eingriff	1,455	1,369			11,9	3	0,231	20	0,054	0,072		
N04B	O	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff	1,094	1,026			9,5	2	0,238	16	0,053	0,068		
N05A	O	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren oder schweren CC	1,403	1,331			11,3	3	0,233	23	0,058	0,076		
N05B	O	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,856	0,797			6,7	1	0,261	14	0,055	0,068		
N06A	O	Rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen mit komplexem Eingriff	1,169	1,106			10,3	2	0,261	19	0,053	0,069		
N06B	O	Rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne komplexen Eingriff	0,658	0,619			4,8	1	0,188	10	0,054	0,064		
N07Z	O	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung	0,638	0,591			4,5	1	0,184	10	0,057	0,067		
N08Z	O	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	0,518	0,481			4,0	1	0,160	10	0,056	0,064		
N09Z	O	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva	0,483	0,455			4,1	1	0,173	9	0,059	0,067		
N10Z	O	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation	0,350	0,328			2,7	1	0,119	6	0,061	0,064		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
N11A	O	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit äußerst schweren CC	3,286	3,168			22,2	6	0,351	40	0,078	0,106		
N11B	O	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit schweren CC	2,033	1,946			14,7	4	0,293	29	0,070	0,094		
N11C	O	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,148	1,081			9,1	2	0,257	21	0,059	0,076		
N12A	O	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit äußerst schweren CC	2,480	2,453			19,0	5	0,395	37	0,088	0,119		
N12B	O	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne äußerst schwere CC	0,613	0,589			3,8	1	0,276	14	0,101	0,114		
N12C	O	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag	0,170	0,168			1,0							
N13A	O	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	1,509	1,435			13,4	3	0,263	27	0,055	0,073		
N13B	O	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter < 81 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,831	0,783			7,1	1	0,271	18	0,053	0,067		
N60A	M	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane mit Strahlentherapie	1,832	1,830			17,5	5	0,302	35	0,073	0,098		X
N60B	M	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane ohne Strahlentherapie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC	1,397	1,391			11,6	3	0,335	26	0,081	0,106		X
N60C	M	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane ohne Strahlentherapie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC	0,589	0,585			5,6	1	0,278	15	0,070	0,085		X
N60D	M	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag	0,246	0,244			1,0							X
N61Z	M	Infektion / Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane	0,411	0,409			5,1	1	0,199	11	0,054	0,065		
N62A	M	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose	0,538	0,522			5,3	1	0,212	14	0,057	0,068		
N62B	M	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose	0,317	0,311			3,3	1	0,139	8	0,058	0,064		
N62C	M	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag	0,157	0,154			1,0							
<b>MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett</b>														
O01A	O	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen	1,381	1,334			11,2	3	0,219	24	0,055	0,072		X
O01B	O	Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose	1,079	1,034			8,5	2	0,209	16	0,052	0,066		X
O01C	O	Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose	0,940	0,897			7,1	1	0,270	12	0,053	0,067		X
O02Z	O	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur	0,712	0,691			5,2	1	0,198	11	0,053	0,063		X
O03Z	O	Extrauterin gravidität	0,637	0,592			4,6	1	0,196	10	0,060	0,071		X
O04Z	O	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur	0,606	0,573			5,5	1	0,211	14	0,054	0,065		X
O40Z	A	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie	0,326	0,307			2,6	1	0,115	6	0,061	0,063		X
O60A	M	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer	0,795	0,777	0,674	0,656	6,9	1	0,227	16	0,046	0,058		X
O60B	M	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose	0,634	0,624	0,526	0,517	5,1	1	0,182	11	0,050	0,059		X

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/ -ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
O60C	M	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	0,542	0,538	0,439	0,434	4,1	1	0,153	8	0,052	0,060		X
O61Z	M	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR- Prozedur	0,385	0,383			4,7	1	0,167	10	0,050	0,059		X
O62Z	M	Drohender Abort	0,336	0,335			5,0	1	0,163	11	0,046	0,055		X
O63Z	M	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie	0,366	0,357			3,4	1	0,151	8	0,061	0,068		X
O64A	M	Frustrane Wehen	0,564	0,561			7,8	2	0,164	19	0,044	0,056		X
O64B	M	Frustrane Wehen, ein Belegungstag	0,138	0,137			1,0							X
O65A	M	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC	0,672	0,668			8,5	2	0,202	20	0,050	0,064		X
O65B	M	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,388	0,386			5,2	1	0,177	13	0,047	0,057		X
<b>MDC 15 Neugeborene</b>														
P01Z	O	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur	2,032	1,975			2,5						X	X
P02A	O	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, mit mehreren schweren Problemen												
P02B	O	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, ohne mehrere schwere Probleme												
P03A	O	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden												
P03B	O	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden												
P03C	O	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne mehrere schwere Probleme												
P04A	O	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden												
P04B	O	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden												
P04C	O	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne mehrere schwere Probleme												
P05A	O	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden												
P05B	O	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden												
P05C	O	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne mehrere schwere Probleme												

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/ -ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
P06A	O	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g, mit signifikanter OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden												
P06B	O	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g, mit signifikanter OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden												
P06C	O	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g, mit signifikanter OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne mehrere schwere Probleme												
P60A	M	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur	0,665	0,662			2,2						X	X
P60B	M	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfand)	0,350	0,350			2,0						X	X
P61A	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 600 g												
P61B	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 600 - 749 g												
P61C	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme												
P62A	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 750 - 874 g												
P62B	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 875 - 999 g												
P62C	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme												
P63Z	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung	7,584	7,581			45,7	14	0,504	64	0,116	0,162		X
P64Z	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung	6,173	6,171			40,4	12	0,474	58	0,107	0,149		X
P65A	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung mit mehreren schweren Problemen	4,908	4,906			33,4	10	0,445	51	0,103	0,142		X
P65B	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit schwerem Problem	4,159	4,158			27,8	8	0,461	46	0,105	0,144		X
P65C	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit anderem Problem	3,247	3,246			23,8	7	0,405	41	0,095	0,131		X
P65D	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne Problem	2,068	2,068			15,9	4	0,412	31	0,090	0,122		X
P66A	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen	2,858	2,857			18,8	5	0,473	35	0,106	0,144		X
P66B	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit schwerem Problem	2,236	2,235			15,7	4	0,446	31	0,100	0,134		X
P66C	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit anderem Problem	1,739	1,739			13,4	3	0,434	27	0,091	0,121		X

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
P66D	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne Problem	0,482	0,481			6,4	1	0,239	14	0,052	0,064		X
P67A	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit mehreren schweren Problemen	1,784	1,783			11,3	3	0,443	23	0,109	0,144		X
P67B	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit schwerem Problem	1,065	1,064			7,9	2	0,352	17	0,094	0,119		X
P67C	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, mit anderem Problem	0,669	0,668			5,5	1	0,331	12	0,084	0,101		X
P67D	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne Problem	0,271	0,270			4,2	1	0,133	8	0,045	0,052		X
P67E	M	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung, ohne schweres Problem, ein Belegungstag	0,103	0,103			1,0							X
<b>MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems</b>														
Q01Z	O	Eingriffe an der Milz	1,927	1,848			12,5	3	0,341	25	0,076	0,101		
Q02A	O	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC	2,345	2,289			17,6	5	0,328	35	0,078	0,106		
Q02B	O	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC	1,196	1,143			9,4	2	0,285	21	0,064	0,082		
Q03Z	O	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	0,714	0,681			6,0	1	0,256	15	0,060	0,073		
Q60A	M	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems und des Immunsystems mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC	1,212	1,210			11,1	3	0,297	24	0,075	0,098		
Q60B	M	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems und des Immunsystems mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose, mit CC	0,747	0,745			6,9	1	0,363	18	0,073	0,091		
Q60C	M	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems und des Immunsystems ohne komplexe Diagnose, ohne CC	0,542	0,536			4,9	1	0,253	11	0,072	0,086		
Q61A	M	Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren oder schweren CC, mit komplexer Diagnose	1,481	1,479			11,3	3	0,364	25	0,090	0,118		
Q61B	M	Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose	1,059	1,058			10,5	3	0,255	23	0,068	0,089		
Q61C	M	Erkrankungen der Erythrozyten ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose	0,662	0,661			7,0	1	0,313	17	0,063	0,078		
Q62A	M	Gerinnungsstörungen mit CC	1,092	1,090			10,0	2	0,354	23	0,074	0,096		
Q62B	M	Gerinnungsstörungen ohne CC	0,679	0,677			5,9	1	0,332	14	0,079	0,097		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen</b>														
R01A	O	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC	4,819	4,718			26,7	8	0,460	45	0,109	0,149		
R01B	O	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC	2,072	2,004			13,6	4	0,319	28	0,082	0,109		
R02A	O	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC	3,226	3,096			20,6	6	0,331	39	0,079	0,107		
R02B	O	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC	1,844	1,753			13,0	3	0,302	26	0,065	0,086		
R03A	O	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC	3,367	3,341			22,8	7	0,390	41	0,096	0,131		
R03B	O	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren mit schweren CC	2,043	2,012			16,0	4	0,358	34	0,078	0,105		
R03C	O	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC	1,200	1,166			9,5	2	0,327	23	0,073	0,094		
R04A	O	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren oder schweren CC	1,574	1,524			13,1	3	0,290	27	0,062	0,082		
R04B	O	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,874	0,834			6,8	1	0,300	17	0,062	0,077		
R40A	A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC	2,869	2,867			23,9	7	0,356	42	0,083	0,114		X
R40B	A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC	1,968	1,967			18,1	5	0,326	36	0,076	0,102		X
R60A	M	Akute Leukämie, Alter > 5 Jahre mit Chemotherapie	4,319	4,315			20,7	6	0,611	39	0,144	0,197		X
R60B	M	Akute Leukämie, Alter > 5 Jahre ohne Chemotherapie	2,299	2,297			13,2	3	0,569	30	0,121	0,161		X
R60C	M	Akute Leukämie, Alter < 6 Jahre mit Chemotherapie	1,389	1,379			6,5	1	0,669	17	0,143	0,177		X
R60D	M	Akute Leukämie, Alter < 6 Jahre ohne Chemotherapie	1,204	1,199			5,8	1	0,587	14	0,141	0,171		X
R61A	M	Lymphom und nicht akute Leukämie, Alter < 4 Jahre oder äußerst schwere CC	1,822	1,820			13,0	3	0,448	28	0,096	0,128		X
R61B	M	Lymphom und nicht akute Leukämie, Alter > 3 Jahre ohne äußerst schwere CC	0,988	0,987			8,0	2	0,322	19	0,085	0,108		X
R62A	M	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit äußerst schweren oder schweren CC	1,060	1,056			10,0	2	0,339	23	0,071	0,093		X
R62B	M	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,687	0,680			6,3	1	0,314	17	0,070	0,086		X
R65Z	M	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag	0,331	0,330			1,0							X
<b>MDC 18A HIV</b>														
S60Z	M	HIV-Krankheit, ein Belegungstag	0,225	0,224			1,0							X
S62Z	M	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit	1,892	1,886			12,5	3	0,455	27	0,102	0,135		X
S63A	M	Infektion bei HIV-Krankheit mit äußerst schweren CC	3,037	3,032			19,2	5	0,497	37	0,109	0,147		X
S63B	M	Infektion bei HIV-Krankheit ohne äußerst schwere CC	1,757	1,754			14,2	4	0,344	30	0,085	0,113		X
S64A	M	Andere HIV-Krankheit mit äußerst schweren CC	2,254	2,250			16,2	4	0,442	32	0,095	0,128		X

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/ -ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
S64B	M	Andere HIV-Krankheit ohne äußerst schwere CC	1,469	1,467			11,8	3	0,357	26	0,085	0,112		X
<b>MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen</b>														
T01A	O	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit äußerst schweren CC	3,079	3,009			21,1	6	0,368	39	0,085	0,116		
T01B	O	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne äußerst schwere CC, Alter > 70 Jahre oder schwere CC	1,699	1,648			15,6	4	0,266	32	0,060	0,080		
T01C	O	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne äußerst schwere CC, Alter < 71 Jahre ohne schwere CC	1,094	1,051			11,4	3	0,205	24	0,050	0,066		
T60A	M	Sepsis mit maschineller Beatmung	4,702	4,698			19,6	6	0,664	38	0,166	0,226		
T60B	M	Sepsis ohne maschinelle Beatmung mit äußersten schweren CC	1,864	1,860			15,5	4	0,364	30	0,082	0,111		
T60C	M	Sepsis ohne maschinelle Beatmung ohne äußerst schwere CC	1,138	1,137			11,2	3	0,278	23	0,069	0,091		
T60D	M	Sepsis, verstorben < 8 Tage nach Aufnahme	0,781	0,779			2,7						X	
T61A	M	Postoperative und posttraumatische Infektionen mit schweren CC	1,059	1,051			11,4	3	0,249	24	0,061	0,080		
T61B	M	Postoperative und posttraumatische Infektionen ohne schwere CC	0,613	0,608			8,0	2	0,190	17	0,050	0,064		
T62A	M	Fieber unbekannter Ursache, Alter > 5 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	1,292	1,292			9,7	2	0,421	22	0,091	0,118		
T62B	M	Fieber unbekannter Ursache, Alter > 5 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre	0,748	0,747			5,6	1	0,367	13	0,091	0,111		
T63A	M	Virale Erkrankung mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	1,850	1,849			14,8	4	0,360	30	0,085	0,114		
T63B	M	Virale Erkrankung mit komplexer Diagnose, mit schweren CC	1,137	1,136			11,4	3	0,281	23	0,069	0,091		
T63C	M	Virale Erkrankung mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,878	0,877			9,1	2	0,288	20	0,067	0,086		
T63D	M	Virale Erkrankung ohne komplexe Diagnose	0,481	0,481			4,9	1	0,238	11	0,068	0,081		
T64Z	M	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,787	0,786			8,4	2	0,257	19	0,064	0,082		
<b>MDC 19 Psychische Krankheiten</b>														
U60Z	M	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag	0,173	0,172			1,0							
U61Z	M	Schizophrene Störungen	0,880	0,880			12,0	3	0,217	26	0,051	0,067		
U62A	M	Wahnhaft und akut psychotische Störungen mit äußerst schweren oder schweren CC	1,218	1,218			14,6	4	0,238	30	0,057	0,076		
U62B	M	Wahnhaft und akut psychotische Störungen ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,662	0,659			8,1	2	0,215	19	0,056	0,071		
U63Z	M	Schwere affektive Störungen	1,061	1,060			13,5	4	0,208	29	0,054	0,072		
U64A	M	Andere affektive und somatoforme Störungen, Alter > 65 Jahre und äußerst schwere oder schwere CC	1,004	1,004			13,4	3	0,249	28	0,052	0,069		
U64B	M	Andere affektive und somatoforme Störungen, Alter < 66 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,669	0,669			8,6	2	0,219	20	0,054	0,069		
U65Z	M	Angststörungen	0,667	0,667			8,0	2	0,217	19	0,057	0,073		
U66Z	M	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen	0,858	0,858			11,2	3	0,212	26	0,053	0,070		
U68Z	M	Psychische Störungen in der Kindheit	0,652	0,649			6,9	1	0,321	18	0,065	0,081		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/ -ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen</b>														
V60A	M	Alkoholintoxikation und -entzug, Alter > 17 Jahre oder mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren oder schweren CC	0,871	0,870			10,0	2	0,284	21	0,060	0,078		
V60B	M	Alkoholintoxikation und -entzug, Alter > 17 Jahre oder mehr als ein Belegungstag ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,492	0,492			6,4	1	0,241	15	0,053	0,065		
V60C	M	Alkoholintoxikation und -entzug, Alter < 18 Jahre, ein Belegungstag	0,153	0,153			1,0							
V61Z	M	Drogenintoxikation und -entzug	0,960	0,958			10,3	2	0,312	23	0,064	0,083		
V62Z	M	Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit	0,641	0,641			9,5	2	0,210	20	0,046	0,060		
V63Z	M	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit	1,271	1,269			11,8	3	0,314	26	0,075	0,098		
V64A	M	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit	0,774	0,769			8,6	2	0,243	19	0,059	0,076		
V64B	M	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit, ein Belegungstag	0,223	0,223			1,0							
<b>MDC 21A Polytrauma</b>														
W01B	O	Polytrauma mit maschineller Beatmung oder Kraniotomie ohne Frührehabilitation, mit Langzeitbeatmung												
W01C	O	Polytrauma mit maschineller Beatmung oder Kraniotomie ohne Frührehabilitation, ohne Langzeitbeatmung, mit äußerst schweren CC												
W01D	O	Polytrauma mit maschineller Beatmung oder Kraniotomie ohne Frührehabilitation, ohne Langzeitbeatmung, ohne äußerst schwere CC												
W02Z	O	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur und Extremitäten einschließlich Implantation	4,139	3,963			24,3	7	0,360	42	0,083	0,114		
W03Z	O	Polytrauma mit abdominalen Eingriffen	3,896	3,767			18,5	5	0,477	36	0,108	0,147		
W04Z	O	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren	3,263	3,127			19,1	5	0,397	37	0,087	0,118		
W60Z	M	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme	2,432	2,335			1,9						X	
W61Z	M	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe	1,666	1,653			13,7	4	0,318	29	0,081	0,108		
<b>MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten</b>														
X01Z	O	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantationen bei Verletzungen außer an der Hand	2,032	1,934			19,0	5	0,232	37	0,051	0,070		
X02Z	O	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantationen bei Verletzungen der Hand	0,965	0,920			8,2	2	0,217	21	0,056	0,071		
X04Z	O	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität	1,652	1,599			14,3	4	0,248	29	0,061	0,081		
X05Z	O	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand	0,629	0,593			5,2	1	0,199	13	0,053	0,064		
X06A	O	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC	2,368	2,293			16,8	5	0,306	33	0,076	0,103		
X06B	O	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder schwere CC	1,267	1,211			10,7	3	0,223	24	0,058	0,076		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateur/- ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
X06C	O	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter < 66 Jahre ohne schwere CC	0,800	0,752			6,5	1	0,250	16	0,054	0,067		
X07Z	O	Replantation bei traumatischer Amputation	1,744	1,622			11,0	3	0,240	22	0,061	0,080		
X60A	M	Verletzungen	0,416	0,410			4,7	1	0,189	12	0,057	0,067		
X60B	M	Verletzungen, ein Belegungstag	0,185	0,180			1,0							
X61Z	M	Allergische Reaktionen	0,446	0,445			4,7	1	0,220	11	0,065	0,077		
X62A	M	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen mit äußerst schweren oder schweren CC	0,871	0,871			7,6	2	0,286	19	0,079	0,100		
X62B	M	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,405	0,404			4,1	1	0,200	10	0,068	0,078		
X63A	M	Folgen einer medizinischen Behandlung	0,472	0,466			5,7	1	0,213	14	0,053	0,064		
X63B	M	Folgen einer medizinischen Behandlung, ein Belegungstag	0,158	0,155			1,0							
X64A	M	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung mit äußerst schweren oder schweren CC	0,924	0,915			8,5	2	0,293	20	0,072	0,092		
X64B	M	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,370	0,367			3,7	1	0,176	10	0,066	0,074		
X64C	M	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung, ein Belegungstag	0,181	0,181			1,0							
<b>MDC 22 Verbrennungen</b>														
Y02A	O	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplizierender Diagnose oder Prozedur oder Alter > 64 Jahre												
Y02B	O	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierende Diagnose oder Prozedur, Alter < 65 Jahre												
Y03Z	O	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen												
Y62A	M	Andere Verbrennungen mit äußerst schweren CC oder mit komplizierender Diagnose oder Prozedur												
Y62B	M	Andere Verbrennungen ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose oder Prozedur												
Y63Z	M	Verbrennungen, ein Belegungstag	0,167	0,166			1,0							
<b>MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens</b>														
Z01A	O	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, Alter > 70 Jahre oder äußerst schwere CC	1,582	1,539			11,8	3	0,304	27	0,072	0,095		
Z01B	O	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, Alter < 71 Jahre ohne äußerst schwere CC	0,746	0,714			4,7	1	0,254	12	0,075	0,089		
Z02Z	O	Leberspende (Lebenspende)	2,942	2,794			11,9	3	0,480	20	0,113	0,148		
Z03Z	O	Nierenspende (Lebenspende)	1,972	1,872			9,6	2	0,417	17	0,091	0,118		

**Anlage 1**  
**Fallpauschalen-Katalog**  
**Teil b) Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung**

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleghebammen	Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/ -ärzten, -anästhesisten und -hebammen	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederauf- nahme <sup>4)</sup>
								Erster Tag <sup>2)</sup> mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag <sup>3)</sup> zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Z61Z	M	Beschwerden und Symptome	0,865	0,864			9,6	2	0,282	22	0,062	0,080		
Z62Z	M	Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung	0,423	0,421			3,6	1	0,193	9	0,075	0,083		
Z63Z	M	Andere Nachbehandlung	0,856	0,854			7,6	2	0,261	17	0,072	0,091		
Z64Z	M	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	0,409	0,408			3,8	1	0,197	9	0,072	0,082		
Z65Z	M	Multiple, andere und nicht näher bezeichnete angeborene Anomalien	0,759	0,751			5,5	1	0,351	15	0,090	0,108		
Z66Z	M	Vorbereitung zur Lebendspende	0,772	0,771			2,8	1	0,378	6	0,188	0,198		
<b>Fehler-DRG</b>														
901Z	O	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	1,891	1,838			13,9	4	0,290	30	0,073	0,097		X
902Z	O	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	0,861	0,830			8,1	2	0,212	19	0,055	0,069		X
903Z	O	OR-Prozedur an der Prostata ohne Bezug zur Hauptdiagnose	1,529	1,481			16,0	4	0,252	33	0,055	0,074		X
960Z	M	Nicht gruppierbar												
961Z	M	Unzulässige Hauptdiagnose												
962Z	M	Unzulässige geburtshilfliche Diagnosekombination	0,550	0,543			4,2	1	0,164	8	0,054	0,063		X
963Z	M	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht	1,121	1,109			8,3	2	0,323	20	0,082	0,104		X

**Anlage 2**  
(zu § 5 Abs. 1)

**Zusatzentgelte-Katalog**

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	OPS-301 Version 2004		Betrag
		OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5
ZE01 <sup>1)</sup>	Hämodialyse	8-854.0	Hämodialyse, intermittierend	225,05 Euro

**Fußnoten:**

- <sup>1)</sup> Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 sowie für das nach Anlage 3 krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelt L61 nicht möglich.

**Anlage 3**

(zu § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1)

**Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog  
vergütete Leistungen**

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistungen erbracht werden dürfen.

DRG	Parti- tion	Bezeichnung
1	2	3
<b>Prä-MDC</b>		
A16B	O	Transplantation von Darm oder Pankreas(gewebe), Pankreasinseltransplantation
A43Z	A	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom
A61Z	M	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
<b>MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems</b>		
B61A	M	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit äußerst schweren CC
B61B	M	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne äußerst schwere CC
<b>MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane</b>		
E76A	M	Tuberkulose mit äußerst schweren CC
E76B	M	Tuberkulose ohne äußerst schwere CC
<b>MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</b>		
K01A	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung
<b>MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane</b>		
L61Z <sup>1)</sup>	M	Stationäre Aufnahme zur Dialyse
<b>MDC 19 Psychische Krankheiten</b>		
U01Z	O	Geschlechtsumwandelnde Operation
<b>MDC 21A Polytrauma</b>		
W01A	O	Polytrauma mit maschineller Beatmung oder Kraniotomie mit Frührehabilitation
W05Z	O	Polytrauma mit signifikantem Eingriff ohne maschinelle Beatmung oder Kraniotomie mit Frührehabilitation
W40Z	A	Frührehabilitation bei Polytrauma
<b>MDC 22 Verbrennungen</b>		
Y01Z	O	Operative Eingriffe oder Langzeitbeatmung bei schweren Verbrennungen
Y61Z	M	Schwere Verbrennungen
<b>MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens</b>		
Z41Z	A	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender
Z42Z	A	Stammzellentnahme bei Fremdspender
Z43Z	A	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender

<sup>1)</sup> auch teilstationär abrechenbar

**Anlage 4**

(zu § 5 Abs. 2)

**Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes**

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistungen erbracht werden dürfen.

Zusatzentgelt <sup>1)</sup>	Bezeichnung	OPS-301 Version 2004	
		OPS-Kode	OPS-Text
1	2	3	4
ZE20	Tumorendoprothesen	5-829.c	Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese
ZE21	Beckenimplantate	5-785.2d	Implantation von alloplastischem Knochenersatz, Keramischer Knochenersatz, Becken
		5-785.3d	Implantation von alloplastischem Knochenersatz, Keramischer Knochenersatz, resorbierbar, Becken
		5-785.4d	Implantation von alloplastischem Knochenersatz, Metallischer Knochenersatz, Becken
ZE22	Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)	5-376.20	Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär
		5-376.30	Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), biventrikulär
		5-376.40	Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Intrakorporale Pumpe, univentrikulär
		5-376.50	Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Intrakorporale Pumpe, biventrikulär
		5-376.60	Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Kunstherz (totaler Herzersatz)
		5-376.70	Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Parakorporale Pumpe, univentrikulär
		5-376.80	Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Parakorporale Pumpe, biventrikulär
ZE23	Stentgraft-Prothesen zur Behandlung von Aortenaneurysmen	5-38a.0	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen, Aorta n.n.bez.
		5-38a.10	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen, Aorta abdominalis, Stent-Prothese, aortoiliakal
		5-38a.11	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen, Aorta abdominalis, Stent-Prothese, Bifurkationsprothese aortobiiliakal
		5-38a.1x	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen, Aorta abdominalis, Sonstige
		5-38a.7	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen, Aorta thoracica
		5-38a.8	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen, Aorta thoracoabdominalis
ZE24	ECMO	8-852.0	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)

Zusatz- entgelt <sup>1)</sup>	Bezeichnung	OPS-301 Version 2004	
		OPS-Kode	OPS-Text
1	2	3	4
ZE25	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich	5-020.62	Kombinierte Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtschädel, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-020.63	Kombinierte Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtschädel, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
		5-020.64	Kombinierte Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtschädel, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), sehr komplexer Defekt
		5-020.71	Kranioplastik, Schädeldach, mit alloplastischem Material, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-020.72	Kranioplastik, Schädeldach, mit alloplastischem Material, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
		5-774.71	Plastische Rekonstruktion der Maxilla, durch alloplastische Implantate, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-774.72	Plastische Rekonstruktion der Maxilla, durch alloplastische Implantate, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
		5-775.71	Plastische Rekonstruktion der Mandibula durch alloplastische Implantate, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-775.72	Plastische Rekonstruktion der Mandibula durch alloplastische Implantate, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
ZE26	Ramus-Distraktoren	5-776.6	Verlagerung des Unterkiefers durch Distraction mit Kontinuitätsdurchtrennung im aufsteigenden Mandibulaast
		5-776.7	Verlagerung der Mandibula durch Distraction nach Osteotomie im horizontalen Mandibulaast
		5-776.8	Verlagerung des Oberkiefers durch Distraction nach Osteotomie in Le Fort-I Ebene
		5-776.9	Verlagerung des Alveolarfortsatzes durch Distraction nach Osteotomie
		5-777.*1	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes, mit Distraction
ZE27	ZNS-Stimulator-implantate („Nervenschrittmacher“)	5-028.0*	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation
		5-029.4	Implantation einer Neuroprothese
		5-039.2*	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation
		5-039.7	Implantation oder Wechsel des Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation
		5-059.0*	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems
		5-059.5	Implantation einer peripheren Neuroprothese

Zusatz- entgelt <sup>1)</sup>	Bezeichnung	OPS-301 Version 2004	
		OPS-Kode	OPS-Text
1	2	3	4
ZE28	Implantierbare Medikamentenpumpen	5-028.1*	Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion
		5-038.4*	Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion
ZE29	Künstlicher Blasen-schließmuskel	5-597.0*	Eingriffe bei artefiziellern Harnblasensphinkter, Implantation
		5-597.3*	Eingriffe bei artefiziellern Harnblasensphinkter, Wechsel
ZE30 <sup>2)</sup>	Dialyse	8-854.1*	Hämodialyse, Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)
		8-854.x	Hämodialyse, Sonstige
		8-854.y	Hämodialyse, N.n.bez.
		8-853.**	Hämodifiltration
		8-855.**	Hämodiafiltration
		8-857.*	Peritonealdialyse
ZE31	Hämoperfusion	8-856	Hämoperfusion
ZE32	Leberersatztherapie	8-858	Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]
ZE33	Extrakorporale Photopherese	8-824	Photopherese
ZE34	Plasmapherese	8-820	Therapeutische Plasmapherese
ZE35	Immunadsorption	8-821	Immunadsorption
ZE36	LDL-Apherese	8-822	LDL-Apherese
ZE37	Zellapherese	8-823	Zellapherese
ZE38	Isolierte Extremitäten-perfusion	8-859	Isolierte Extremitätenperfusion
ZE39	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren		
ZE40	Versorgung von Schwerstbehinderten	Zusatzentgelt für Krankenhäuser, bei denen insbesondere wegen einer räumlichen Nähe zu entsprechenden Einrichtungen oder einer Spezialisierung eine Häufung von schwerstbehinderten Patienten auftritt. Vergütung des mit den DRG-Fallpauschalen nicht abgedeckten, wesentlichen zusätzlichen Aufwands, insbesondere im Pflegedienst.	
ZE41	Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes		
ZE42	Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen	Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen über Spenderdateien bei nicht-verwandten Spendern oder Bezug von hämatopoetischen Stammzellen von außerhalb Deutschlands bei Familienspendern	
ZE43	Zwerchfellschrittmacher	5-347.6	Implantation eines Zwerchfellschrittmachers

Zusatz- entgelt <sup>1)</sup>	Bezeichnung	OPS-301 Version 2004	
		OPS-Kode	OPS-Text
1	2	3	4
ZE44	Medikamente- freisetzende Koro- narstents	8-837.m*	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen, Einlegen eines medikamenten- freisetzenden Stents

**Fußnoten:**

- \*) Gilt für alle entsprechenden 5-Steller oder 6-Steller des angegebenen OPS-Kodes.
- 1) Weitere Untergliederungen der Entgelte sind in der fünften Stelle durch Angabe eines Buchstabens zu kennzeichnen.
- 2) Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 sowie für das nach Anlage 3 krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelt L61 nicht möglich.

**Verordnung zum Fallpauschalensystem  
für Krankenhäuser für das Jahr 2004  
(Fallpauschalenverordnung 2004 - KFPV 2004)**

**Amtliche Begründung zum Referentenentwurf,  
angepasst an den Verordnungstext vom 13. Oktober 2003**

**A. Allgemeiner Teil**

**I. Inhalt der Verordnung**

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sind die Selbstverwaltungspartner nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), das sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), beauftragt worden, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert. Die Vertragsparteien haben sich am 27. Juni 2000 auf das australische AR-DRG-System (Australian Refined-DRG-System) geeinigt und in der Folgezeit die Arbeiten zur Übersetzung der Fallpauschalen-Kataloge und der zugehörigen Kodierrichtlinien durchgeführt.

Mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 und dem Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17. Juli 2003 wurden die Einführungsbedingungen für das neue Vergütungssystem konkretisiert. Für das Jahr 2003 wurde der australische Fallpauschalen-Katalog vorgegeben, erstmals kalkuliert mit den Verweildauer- und Kostendaten aus deutschen Krankenhäusern. Die Krankenhäuser konnten freiwillig entscheiden, ob sie auf dieser Grundlage das neue Vergütungssystem einführen wollen (Optionsmodell 2003).

Ab dem 1. Januar 2004 sind die DRG-Fallpauschalen von allen Krankenhäusern verbindlich einzuführen. Für dieses Jahr ist nach § 17b Abs. 6 KHG eine erste Fassung eines deutschen Fallpauschalen-Katalogs vorzugeben. Dieser soll schrittweise an die Besonderheiten der deutschen Versorgungsstrukturen und Behandlungsweisen in der Bundesrepublik Deutschland angepasst werden. Da der erste Anpassungsschritt noch nicht in allen Fällen eine leistungsorientierte Vergütung sicherstellen kann, gilt für die Krankenhäuser auch im Jahr 2004, dass das neue Vergütungssystem „budgetneutral“ eingeführt wird. Dies bedeutet, dass die Höhe der DRG-Vergütung sich grundsätzlich noch nicht auf die Höhe des Krankenhausbudgets auswirkt.

Für den Fall, dass die Selbstverwaltungspartner sich bei der Entwicklung und Einführung des Fallpauschalensystems auf Teilbereiche nicht einigen können, bestimmt § 17b Abs. 7 KHG, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats Vorschriften zu diesen Teilbereichen erlassen kann. Voraussetzung ist, dass eine der Vertragsparteien, d. h. die DKG allein oder die Krankenkassenseite mehrheitlich, für einen Teilbereich oder insgesamt das Scheitern erklärt.

Dies hat - ebenso wie im Vorjahr - die DKG mit Schreiben vom 2. Juli 2003 für die Entwicklung des Fallpauschalensystems 2004 gegenüber dem Bundesministerium getan, nachdem die Selbstverwaltungspartner sich nicht einigen konnten. Unterschiedliche Auffassungen bestanden dabei insbesondere im Bereich der Abrechnungsbestimmungen, der teilstationären Vergütungen und der Zusatzentgelte. Die DKG hat zwar entsprechend der Vorgaben des § 17b Abs. 7 Satz 1 KHG die grundlegenden gegensätzlichen Auffassungen der Selbstverwaltungspartner dargelegt. Es fehlen jedoch zu den strittigen Punkten insbesondere differenziertere fachliche Aufbereitungen und erforderliche Daten über Leistungsstrukturen sowie Lösungsansätze, die einen Kompromiss ermöglichen könnten. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung konnte somit lediglich innerhalb des knapp bemessenen Zeitraums von zwei Monaten eigene Entwicklungsarbeit leisten und Entscheidungen treffen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat die Verordnung und deren Umsetzung wie folgt vorbereitet:

- Einberufung einer Gruppe unabhängiger Sachverständiger, die im Juli und August 2003 in insgesamt acht Sitzungen insbesondere Lösungsansätze zur Vergütung teilstationärer Leistungen, zur Abrechnung bei Wiederaufnahmen sowie zu der Öffnungsklausel für krankenhausindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelte (Anlage 4) erarbeitet hat.
- Vorlage des Referentenentwurfs am 2. September 2003,
- Anhörungen von Verbänden, Ländern und Ressorts am 16. und 17. September 2003.

Mit der Verordnung werden folgende Zielsetzungen verfolgt:

- Vorgabe allgemeiner Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen unter weitgehender Anlehnung an die für das Optionsmodell 2003 geltenden Bestimmungen;
- Vorgabe besonderer Abrechnungsbestimmungen für Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus, mit denen eine ökonomisch motivierte Aufteilung eines bisher einheitlichen Krankenhausfalls in z. B. zwei Krankenhausaufenthalte (zwei Fälle) vermieden werden soll, beispielsweise bei einer Aufteilung von Diagnostik und späterer elektiver Operation (§ 2);
- Vorgabe von Abrechnungsbestimmungen für die Transplantation von vermittlungspflichtigen Organen nach § 9 Satz 1 des Transplantationsgesetzes (TPG) sowie für die Transplantation von Knochenmark und hämatopoetischen Stammzellen (§ 4);
- Vorgabe von Abrechnungsbestimmungen für krankenhausindividuell zu verhandelnde Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), u.a. für teilstationäre Leistungen;
- Vorgabe des bundeseinheitlich geltenden Fallpauschalen- und des Zusatzentgelte-Katalogs (Anlagen 1 und 2);
- Bestimmung der Leistungen, die nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG ausdrücklich von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und der bundeseinheitlichen Zusatzentgelte ausge-

nommen sind (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 i. V. mit den Anlagen 3 und 4). Für diese Leistungen vereinbaren die Vertragsparteien „vor Ort“ (§ 11 KHEntgG) krankenhausesindividuelle Entgelte.

Der nach Anlage 1 für das Jahr 2004 geltende Fallpauschalen-Katalog wurde vom DRG-Institut nach den grundlegenden Vorgaben der Selbstverwaltungspartner erstellt. Weitergehende Einzelentscheidungen traf das Bundesministerium. In die Kalkulationen konnten die Daten von 137 Krankenhäusern, davon 12 Universitätskliniken, mit insgesamt rd. 2,1 Mio. Datensätzen einbezogen werden. Dieser erste deutsche Fallpauschalen-Katalog unterscheidet sich grundlegend von dem australischen Katalog, der für das Jahr 2003 galt. Die meisten Fallpauschalen wurden verändert oder völlig neu vorgegeben. Anstelle von 664 Fallpauschalen stehen nun 824 DRG zur Verfügung. Dabei wurden für einzelne Basis-DRG bis zu fünf Schweregrade vergeben. Die Kostenhomogenität der einzelnen Fallpauschalen ist wesentlich gestiegen. Alle DRG haben einen Homogenitätskoeffizienten von mindestens 51 %. Bei 618 DRG liegt der Homogenitätskoeffizient über 60 %, davon bei 305 DRG über 65 %. Dies sind sehr gute Werte. Die im Jahr 2003 noch unzureichende Differenzierung zwischen einzelnen Relativgewichten (sogenannter Kompressionseffekt) wurde stark verbessert. Im Ergebnis wird – im Rahmen der vereinbarten Krankenhausbudgets - eine entsprechend leistungsgerechtere Vergütung erreicht. Insbesondere aufwändige Leistungen, die hauptsächlich in Krankenhäusern der Maximalversorgung erbracht werden, werden entsprechend besser vergütet. Für die meisten medizinischen Fachbereiche, die sich im Katalog 2003 nicht ausreichend abgebildet sahen, konnten differenziertere Fallpauschalen vorgegeben werden. Auch wegen der umfangreichen und verbesserten Kalkulationsdaten stellte sich daher die Frage einer Ausnahme von Leistungen aus dem DRG-System nicht in dem Ausmaß wie im Jahr 2003; vgl. Anlage 3. Darüber hinaus war zu berücksichtigen, dass auch die Einführung im Jahr 2004 budgetneutral erfolgt.

Da die DKG das Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner nur für das Jahr 2004 erklärt hat, gibt die Verordnung nur Regelungen für das Jahr 2004 vor. Für den Fallpauschalen-Katalog und die Abrechnungsregeln für das Jahr 2005 sind entsprechend dem gesetzlichen Auftrag weiterhin die Selbstverwaltungspartner zuständig (§ 17b Abs. 2 KHG).

Mit der Verordnung werden Abrechnungsbestimmungen und pauschalierte Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausesfälle vorgegeben (Ausnahme: Psychiatrie). Geschlechtsspezifischen Besonderheiten in Diagnostik und Therapie trägt der Fallpauschalen-Katalog Rechnung. Insbesondere werden auch signifikant unterschiedliche Kostensituationen bei der stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten berücksichtigt.

## **II. Kosten**

Die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser legt durch eine Ersatzvornahme nach § 17b Abs. 7 KHG das Nähere für die Abrechnung von DRG-Fallpauschalen im Jahr 2004 fest. Der Verordnungsgeber wird grundsätzlich im Sinne einer Schiedsstelle für die Selbstverwaltungspartner tätig, die sich nicht einigen konnten. Da die grundlegenden Entscheidungen zur Einführung und stetigen Weiterentwicklung eines DRG-Fallpauschalensystems bereits mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) getroffen wurden, entstehen durch diese Verordnung für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden keine zusätzlichen Ausgaben.

Da die Grundsatzentscheidungen bereits mit dem Fallpauschalengesetz getroffen wurden, entstehen für die Unternehmen durch die Schiedsregelung keine zusätzlichen Kosten. Mit einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für die Beitragszahler infolge der Schiedsregelungen ist aus diesem Grunde ebenfalls nicht zu rechnen. Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau sind deshalb ebenfalls nicht zu erwarten.

## **B. Einzelbegründung**

### **Zu Abschnitt 1: Abrechnungsbestimmungen**

Die DRG-Fallpauschalen werden in den Jahren 2003 und 2004 unter geschützten Rahmenbedingungen eingeführt. Das Krankenhausbudget (Gesamtbetrag) wird noch nach den Regeln des bisher geltenden Rechts mit den Krankenkassen verhandelt (§ 6 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung – BpflV), also in seiner Höhe noch nicht durch die DRG-Fallpauschalen bestimmt (budgetneutrale Einführung nach § 3 KHEntgG). Das Budget wird mit den neuen DRG-Fallpauschalen gegenüber den einzelnen Krankenkassen oder gegenüber den Patientinnen oder Patienten abgerechnet. Die Fallpauschalen sind somit lediglich Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget.

Die Höhe einer Fallpauschale ergibt sich aus der Multiplikation ihrer Bewertungsrelation lt. Fallpauschalen-Katalog mit einem krankenhausesindividuellen Basisfallwert. Dieser Basisfallwert wird für das Jahr 2004 ermittelt, indem das um Ausgleichs- und Berichtigungen bereinigte, vereinbarte Erlösvolumen für die über DRG-Fallpauschalen zu vergütenden Leistungen durch die gewichtete Fallzahl (Summe der Bewertungsrelationen) dividiert wird (§ 3 Abs. 4 KHEntgG). Veränderungen der Fallzahlen oder der Fallstruktur sowie möglicherweise noch bestehende Ungenauigkeiten in dem vorläufigen Fallpauschalen-Katalog werden neutralisiert und führen lediglich zu einer entsprechenden, korrigierenden Veränderung des zu ermittelnden Basisfallwerts. Entscheidend für die Finanzierung des Krankenhauses ist somit das mit den Krankenkassen vereinbarte Fallpauschalen-Erlösvolumen (Budget), nicht die genaue Höhe der Fallpauschalen oder die Fallzahl.

### **Zu § 1: Abrechnung von Fallpauschalen**

Die Fallpauschalen wurden auf der Grundlage von Behandlungsfällen kalkuliert, die in dem jeweiligen Krankenhaus vollständig behandelt und entlassen, d. h. nicht verlegt wurden.

#### *Zu Absatz 1*

Satz 1 bestimmt, dass für die Abrechnung einer Fallpauschale der am Tag der Aufnahme geltende Fallpauschalen-Katalog und die dazu gehörenden Abrechnungsbestimmungen anzuwenden sind.

Satz 2 gibt vor, dass bei Verlegungen jedes der beteiligten Krankenhäuser eigenständig eine Fallpauschale abrechnet, unabhängig davon, ob ein Patient oder eine Patientin nach Hause entlassen oder verlegt wird. Wird z. B. in einer Klinik eine Herzoperation durchgeführt, rechnet diese eine entsprechend hohe operative DRG ab. Nach Verlegung des Patienten oder der

Patientin in ein weiterbehandelndes, oft wohnortnahes Krankenhaus rechnet dieses eigenständig eine weitere, nicht-operative Fallpauschale ab.

Satz 3 bestimmt jedoch, dass im Falle einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen ist, wenn die Verweildauer eines Patienten oder einer Patientin kürzer ist als die der Fallpauschalenkalkulation zu Grunde gelegte Verweildauer. Diese Abschlagsregelung gilt nicht für die so genannten Verlegungs-Fallpauschalen, welche für zeitlich begrenzte Teilabschnitte eines Behandlungsfalles kalkuliert wurden.

Satz 4 definiert im Hinblick auf die Abschlagsregelung den Begriff „Verlegung“. Ziel ist es, Meinungsverschiedenheiten von Krankenhäusern und Krankenkassen darüber, ob eine Verlegung oder eine Entlassung vorliegt, möglichst zu vermeiden.

#### *Zu Absatz 2*

Jede Fallpauschale vergütet die Krankenhausbehandlung innerhalb einer Bandbreite von Aufenthaltstagen, die durch die obere und die untere Grenzverweildauer begrenzt wird. Wird diese Bandbreite nicht eingehalten, werden zusätzliche Entgelte gezahlt oder Abschläge von der Fallpauschale vorgenommen.

Satz 1 gibt vor, dass nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer für jeden weiteren Tag ein tagesbezogenes Entgelt zusätzlich zur Fallpauschale gezahlt wird. Dieses Entgelt wird im Fallpauschalen-Katalog gesondert ausgewiesen. Im Fallpauschalen-Katalog wird dabei - wie im Vorjahr - nicht der Tag der Grenzverweildauer, sondern der darauf folgende Tage, also der erste Tag für den ein zusätzliches Entgelt gezahlt wird, ausgewiesen. Die Sätze 2 und 3 regeln die Ermittlung der Höhe des Tagessatzes und für wie viele Tage dieser zusätzlich abrechenbar ist.

#### *Zu Absatz 3*

Wird bei Patientinnen oder Patienten, die nicht verlegt wurden, die untere Grenzverweildauer nicht erreicht, so ist für jeden nicht erbrachten Tag ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen. Im Fallpauschalen-Katalog wird dabei - wie im Vorjahr - nicht der Tag der Grenzverweildauer, sondern der vorhergehende Tag, also der erste Tag für den ein Abschlag vorzunehmen ist, ausgewiesen. Die Höhe des Abschlags wird nach den Vorgaben der Sätze 2 bis 4 ermittelt. Bei verlegten Patientinnen oder Patienten ist dieser Abschlag nicht anzuwenden; für sie gilt die Abschlagsregelung für Verlegungsfälle nach Absatz 1 Satz 3 erster Halbsatz in Verbindung mit § 3.

#### *Zu Absatz 4*

Die Fallpauschalen für eine belegärztliche Behandlung sind niedriger, weil Belegärzte ihre Tätigkeit nach den vertragsärztlichen Vergütungsregeln gesondert abrechnen. Werden Patientinnen oder Patienten während ihres Krankenhausaufenthalts sowohl in einer Hauptabteilung als auch in einer Belegabteilung behandelt, so ist zu entscheiden, welche Höhe der Fallpauschale abzurechnen ist. Da weder die Hauptdiagnose noch die für die DRG-Einstufung maßgebliche Prozedur in allen Fällen zu eindeutigen Ergebnissen führt, gibt Absatz 4 eine einfache Regel vor. Entscheidend ist die Verweildauer in den Abteilungen. Satz 3 regelt den Fall, dass eine Bewertungsrelation für Beleghebammen in den Spalten 6 oder 7 nicht vorgegeben ist.

#### *Zu Absatz 5*

Wie bisher wird bei Geburten eine Fallpauschale für die Mutter abgerechnet. Dieser Fallpauschale werden die gesamten Kosten innerhalb des Kreißaals zugeordnet. Für jedes danach stationär weiter versorgte Neugeborene ist ein eigenständiger Fall zu bilden, unabhängig davon, ob das Kind gesund oder krank ist. Für jedes dieser Neugeborenen wird somit eine eigenständige Fallpauschale für den Krankenhausaufenthalt abgerechnet. Auf diese Fallpauschalen sind die allgemeinen Vorgaben anzuwenden. Wird beispielsweise die Mutter noch im Jahr 2003 aufgenommen, das Kind jedoch erst im Jahr 2004 geboren, wird für die Mutter als sog. „Überliegerin am Jahresanfang“ die Fallpauschale nach dem Katalog des Jahres 2003 abgerechnet. Für das Neugeborene entsteht erst im Jahr 2004 ein Fall (Aufnahme); es wird die entsprechende Fallpauschale nach dem Katalog des Jahres 2004 abgerechnet.

Satz 2 bestimmt, dass die für die Mutter und das Kind jeweils abzurechnenden Fallpauschalen in getrennten Rechnungen ausgewiesen werden. Werden Mutter und Kind gemeinsam entlassen, ist auf der Rechnung für das Neugeborene die Versicherungsnummer der Mutter anzugeben. Auf das bisherige Erfordernis, die Fallpauschale für das Neugeborene auf der Rechnung für die Mutter auszuweisen, wird verzichtet. Um Fehlanreize zu vermeiden und eine schnelle Verlegung erkrankter Neugeborener sicherzustellen, wird für die Abrechnung bestimmter Fallpauschalen für Neugeborene an einer Mindestverweildauer von 24 Stunden festgehalten. Wird diese Mindestverweildauer nicht erreicht, kann die Fallpauschale nicht abgerechnet werden. In diesem Falle ist nach Satz 3 die Versorgung des Neugeborenen mit der Fallpauschale für die Mutter abgegolten; dies gilt im Falle von Verlegungen nur für das verlegende Krankenhaus, in dem die Geburt stattgefunden hat. Diese Regelung entspricht weitgehend der des Fallpauschalen-Katalogs nach der Bundespflegesatzverordnung; anstelle eines Belegungstags wird eine Mindestverweildauer von 24 Stunden vorgegeben. Die Mindestverweildauer, bei deren Nichterreichen eine Fallpauschale nicht abgerechnet werden kann, ist nicht zu verwechseln mit der unteren Grenzverweildauer nach § 1 Abs. 3, die eine geminderte Abrechnung der Fallpauschale vorschreibt.

Satz 4 stellt klar, dass auch bei der Verlegung von kranken Neugeborenen in ein anderes Krankenhaus die Abschlagsregelungen für Verlegungsfälle gelten.

#### *Zu Absatz 6*

Satz 1 bestimmt, dass die Abrechnung der Fallpauschalen nur mit einer zertifizierten Grupper-Software vorgenommen werden darf. Insbesondere für Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus versorgt werden, war zu entscheiden, ob nach dem Fallpauschalen-Katalog des Vorjahres oder dem Katalog des neuen Jahres abzurechnen ist. Satz 2 gibt deshalb vor, dass der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus für die Abrechnung maßgeblich ist. Dies gilt nach Satz 3 auch für das Alter von Patientinnen und Patienten, falls dieses über die Zuordnung zu einer Fallpauschale entscheidet. Nach Vorgabe des Absatzes 1 Satz 1 sind bei Aufnahme im alten Kalenderjahr der Fallpauschalen-Katalog und die Abrechnungsbestimmungen des alten Kalenderjahres anzuwenden.

#### *Zu Absatz 7*

Die Vorgaben zur Ermittlung der Verweildauer für Fallpauschalen-Patienten oder -Patientinnen entsprechen den bisherigen Regelungen der Bundespflegesatzverordnung. Für den Bereich der Fallpauschalen wird weiterhin der Begriff des Belegungstags verwendet. Satz 2 verweist für die Ermittlung der Verweildauer im Falle einer Wiederaufnahme und einer damit

verbundenen Zusammenfassung von Fällen zu einem Gesamtfall auf die Vorgaben des § 2 Abs. 4 Satz 3.

#### *Zu Absatz 8*

In der Rechnung des Krankenhauses sind die Fallpauschale, Zu- und Abschläge und weitere Entgelte jeweils gesondert auszuweisen (Bruttoausweis). Die Rechnung ist in einer Form zu erstellen, die für Patientinnen und Patienten verständlich ist. Die nach § 301 SGB V durchzuführende Datenübermittlung bleibt davon unberührt.

#### **Zu § 2: Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus**

Jedes Vergütungssystem übt bestimmte Anreize aus. So verleitet die Vergütung des Krankenhauses nach Tagessätzen dazu, die Verweildauern der Patientinnen und Patienten über das medizinisch Notwendige hinaus zu verlängern. Die im internationalen Vergleich immer noch recht langen Verweildauern in der Bundesrepublik Deutschland sind ein Beleg dafür. Eine Bezahlung nach Fällen führt dagegen zu der gewünschten Verkürzung der Verweildauern einerseits, verleitet jedoch andererseits tendenziell auch dazu, die Fallzahlen zu erhöhen und bisher in einem Krankenhausaufenthalt durchgeführte Behandlungen auf mehrere Aufenthalte aufzuteilen. Insbesondere die Krankenkassen, die sich immer für die Einführung eines fallbezogenen Vergütungssystems eingesetzt haben, befürchten Fallzahlerhöhungen infolge einer Aufteilung der Behandlungsfälle, z. B. in einen Aufenthalt für die Diagnostik und einen späteren Aufenthalt für eine elektive Operation. Vergleichbare Anreize entstehen an den Schnittstellen von verschiedenen Versorgungsformen bzw. Entgeltarten. Dies gilt insbesondere, wenn vor oder nach einem vollstationären, mit einer Fallpauschale vergüteten Aufenthalt teilstationäre Leistungen erbracht werden. Hier besteht grundsätzlich die Problematik, dass mit der Fallpauschale bereits vergütete Leistungen doppelt abgerechnet werden könnten.

Mit der Zielsetzung, solche Fehlentwicklungen zu vermeiden, regelt § 2 deshalb für bestimmte Fälle eine Zusammenlegung von zwei oder mehreren Aufenthalten zu einem Gesamtfall. Eine vergleichbare Regelung gab es bereits im Optionsjahr 2003 für den Fall der Rückverlegung in ein Krankenhaus (§ 3 Abs. 3). Bei einer solchen Zusammenfassung von Krankenhausaufenthalten zu einem Gesamtfall werden die Verweildauer-, Diagnose- und Prozeduren-Daten der einzelnen Aufenthalte herangezogen und eine Neueinstufung in das DRG-System mit Hilfe der Grouper-Software vorgenommen. Hat das Krankenhaus einen der Aufenthalte bereits gegenüber der Krankenkasse abgerechnet, ist diese Abrechnung zu stornieren und der Gesamtfall erneut mit dem Ergebnis der Neueinstufung in Rechnung zu stellen.

Selbstverständlich gibt es Behandlungsabläufe, die aus medizinischen Gründen oder mit Rücksicht auf den Patienten oder die Patientin zu mehreren Krankenhausaufenthalten führen, auch z. B. zu mehreren teilstationären Behandlungen im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung. Dies gilt beispielsweise für die Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten. Gerade die Krankenkassen haben im Hinblick auf eine Verkürzung der Verweildauern in den letzten Jahren verstärkt darauf gedrängt, dass Patientinnen und Patienten zwischenzeitlich entlassen werden, wenn z. B. eine Therapie nicht unmittelbar im Anschluss an eine Diagnostik durchgeführt werden konnte. Ebenso hat die Entwicklung neuer Behandlungsschemata dazu geführt, dass früher lang dauernde Krankenhausaufenthalte durch mehrere kürzere Aufenthalte ersetzt werden. Dies ist grundsätzlich im Sinne der Patientinnen und Patienten sowie der zahlungspflichtigen Krankenkassen.

Die Expertengruppe, die unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung den mit § 2 umgesetzten Lösungsansatz entwickelt hat, wollte solche bereits bestehenden, sinnvollen Behandlungsketten grundsätzlich nicht der Zusammenfassung zu einem Gesamtfall unterwerfen. § 2 zielt deshalb darauf, künftige fehlsteuernde Anreize vorbeugend zu beseitigen und von vornherein ein Fallsplitting für die Krankenhäuser ökonomisch unattraktiv zu machen. Gleichzeitig musste eine Lösung gefunden werden, die im täglichen Abrechnungsgeschäft auch bei hohen Fallzahlen praktikabel und von Krankenhäusern und Krankenkassen mit wenig Aufwand umzusetzen ist. Zielsetzung war somit, maschinell überprüfbare Regeln aufzustellen, die den Vorzug haben, eine Vielzahl von Nachfragen, Rechtfertigungen und Streitfällen zu vermeiden.

Von der Zusammenfassung von Aufenthalten zu einem Gesamtfall werden folgende Fallgestaltungen erfasst:

- Wiederaufnahme in dieselbe Basis-DRG (Absatz 1),
- Wiederaufnahme in die gleiche Hauptdiagnosegruppe (MDC) bei Fallgestaltungen, bei denen ein Fallsplitting von Diagnostik und nachfolgender Operation unterstellt werden kann (Absatz 2),
- Wiederaufnahmen wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der zuvor durchgeführten Leistung (Absatz 3).

Grundsätzlich nicht zusammengefasst werden dagegen insbesondere mehrfache Krankenhausaufenthalte infolge von Behandlungsstrukturen und –abläufen, die sich weitgehend ohne fehlsteuernde Anreize von Fallpauschalen in der Vergangenheit entwickelt haben, sowie bestimmte Sondergruppen des DRG-Systems:

- die Prä-MDC,
- die Behandlung bösartiger Erkrankungen (Onkologie),
- die DRGs der MDC 14 „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“,
- die DRGs der MDC 15 „Neugeborene“,
- die Behandlung von HIV-Patientinnen und -Patienten (MDC 18A),
- die Dialysen und
- die Fehler-DRG.

Nach Einschätzung der Expertengruppe fallen unter die Zusammenfassung nach § 2 derzeit etwa ein Drittel der Wiederaufnahmen. Zielsetzung der Regelung ist in erster Linie, für die Zukunft ein zusätzliches, ökonomisch bedingtes Fallsplitting nach Einführung des DRG-Systems möglichst zu verhindern.

Entsprechend der allgemeinen Vorgabe des § 1 Abs. 1 Satz 1 gelten die neuen Abrechnungsregeln in Verbindung mit dem neuen Fallpauschalenkatalog 2004. Bei Krankenhäusern, die im Jahr 2003 bereits DRG-Fallpauschalen angewendet haben (Optionskrankenhäuser), sind Fallzusammenlegungen wegen Wiederaufnahmen somit nur insoweit vorzunehmen, als es sich um Fälle handelt, bei denen Patienten oder Patientinnen nach dem 1. Januar 2004 aufgenommen wurden; entsprechend geben Absatz 1 Nr. 1 und Absatz 2 Nr. 1 vor „... des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, ...“ Bei Krankenhäusern, die im Jahr 2004 erstmals DRG-Fallpauschalen anwenden, gelten die Vorgaben des § 2 zur Fallzusammenführung (Wiederaufnahmen und Komplikationen) und des § 3 Abs. 3 zur Rückverlegung nur für Fälle, für die DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden oder ab-

gerechnet worden sind. Sie gelten somit nicht für die Fälle, die nach § 15 Abs. 1 KHEntgG wegen einer verspäteten Budgetvereinbarung oder Genehmigung noch mit den für das Jahr 2003 vereinbarten Entgelten abgerechnet werden.

#### *Zu Absatz 1*

Eine Zusammenfassung von Krankenhausaufenthalten zu einem Gesamtfall ist nach Satz 1 vorzunehmen, wenn ein wieder aufgenommenener Patient oder eine Patientin in dieselbe Basis-DRG eingestuft wird wie bei einem vorhergehenden Krankenhausaufenthalt. Die Fälle werden jedoch nur dann zusammengefasst, wenn der Patient oder die Patientin innerhalb der im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen wird. Die obere Grenzverweildauer markiert das zeitliche Ende der mit der Fallpauschale abgeholzten Leistungserbringung. Bei einer Wiederaufnahme nach diesem Zeitraum kann eine neue Fallpauschale abgerechnet werden. Näheres zur Neueinstufung in eine DRG für den Gesamtfall gibt Absatz 4 vor. Die notwendige Klarstellung zur Definition der Hauptdiagnose wurde - entsprechend der bisherigen Vorgaben für Rückverlegungen - in den Kodierrichtlinien vorgenommen.

Von dieser Fallzusammenfassung werden nach Satz 2 ein zweiter oder weiterer Krankenhausaufenthalt ausgenommen, wenn für ihn eine im Fallpauschalen-Katalog besonders gekennzeichnete Fallpauschale abgerechnet werden kann. Dies sind insbesondere DRG aus den Bereichen Onkologie, HIV-Behandlung, Schmerztherapie und Dialyse; vgl. Anlage 1 Spalte „Ausnahme von Wiederaufnahme“.

#### *Zu Absatz 2*

Mit der Zielsetzung, Fallsplits bei der Behandlungsfolge „Diagnostik“ und nachfolgende „Operation“ zu vermeiden, verfügt Satz 1 eine Zusammenfassung solcher Fälle, wenn Patientinnen oder Patienten innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum erneut aufgenommen werden. Damit wurde ein Anrechnungszeitraum vorgegeben, der in der Regel länger ist als bei Anwendung der oberen Grenzverweildauer. Dies wurde als erforderlich angesehen, weil es sich bei einer entsprechenden Fallsplittung meist um elektiv durchführbare Operationen handeln dürfte. Ob dieser Zeitraum ausreichend bemessen ist, wird sich in der Praxis erweisen. Satz 1 Nr. 2 gibt als maschinell zu verarbeitendes Kennzeichen für die Behandlungsfolge „Diagnostik“ und nachfolgende „Operation“ die entsprechenden Partitionen des DRG-Katalogs vor; vgl. Anlage 1 Spalte „Partition“.

Nach Satz 2 werden von dieser Fallzusammenfassung Behandlungen ausgenommen, bei denen für einen der Krankenhausaufenthalte eine DRG-Fallpauschale abgerechnet werden kann, die im Fallpauschalen-Katalog besonders gekennzeichnet ist. Es sind die gleichen DRG ausgenommen wie nach Absatz 1 Satz 2.

#### *Zu Absatz 3*

Auf Grund der Ermächtigung nach § 8 Abs. 5 Satz 4 KHEntgG ersetzt Satz 1 die bisherige Vorgabe des § 8 Abs. 5 Satz 1 und 2 KHEntgG. Bei der bisherigen Regelung hat die Frage, ob eine Komplikation vorliegt oder nicht, zu zahlreichen Streitfällen und hohem Bearbeitungsaufwand bei Krankenkassen und Krankenhäusern geführt. Wiederaufnahmen wegen Komplikationen werden nach der neuen Vorgabe wie Wiederaufnahmen nach den Absätzen 1 und 2 sowie wie die Rückverlegungen nach § 3 Abs. 3 behandelt. Sie führen zu einer Zusammenfassung zu einem Gesamtfall und einer entsprechenden Neueinstufung der Patientinnen und

Patienten. Bereits durch die einheitliche Verfahrensweise wird das Abrechnungsverfahren vereinfacht. Darüber hinaus wird wegen der weitgehend einheitlichen Rechtsfolgen in vielen Fällen nicht mehr geprüft werden müssen, ob eine Wiederaufnahme nach Absatz 1 oder 2 oder eine Wiederaufnahme wegen Komplikationen vorliegt. Entsprechend bestimmt Satz 2, dass die Regelungen der Absätze 1 und 2 vorrangig gegenüber der Regelung des Absatzes 3 sind. Im Übrigen fällt unter den Begriff der „Komplikation“ nicht das Auftreten eines Rezidivs. Satz 3 stellt klar, dass Absatz 3 Satz 1 für das Jahr 2004 die Regelung nach § 8 Abs. 5 Satz 1 und 2 KHEntgG ersetzt.

Werden bei Optionskrankenhäusern Patientinnen oder Patienten, die im Jahr 2003 aufgenommen wurden, im Jahr 2004 wegen einer Komplikation wieder aufgenommen, gelten die Abrechnungsregeln 2003 und somit auch die Vorgabe des § 8 Abs. 5 KHEntgG.

#### *Zu Absatz 4*

Die Vorschrift regelt die Vorgehensweise für die Fälle, in denen nach den Absätzen 1 bis 3 ein Gesamtfall zu bilden und eine Neueinstufung in eine DRG vorzunehmen ist. Nach Satz 1 ist grundsätzlich für jeden Krankenhausaufenthalt eine DRG-Eingruppierung durchzuführen. Nur so kann anhand des ersten Aufenthalts die maßgebliche Grenzverweildauer bestimmt oder die Frage entschieden werden, ob überhaupt eine DRG-Fallpauschale abzurechnen wäre. Für die DRG-Einstufung sind nach Satz 2 die Daten aller auf Grund der jeweiligen Regelung zusammen zu führenden Aufenthalte in diesem Krankenhaus heranzuziehen. Maßgeblich für die Frage, welche Fälle innerhalb der jeweils geltenden Frist zusammenzufassen sind, ist nach Satz 4 der Aufnahmetag des ersten Krankenhausaufenthalts und die sich aus der DRG-Eingruppierung des ersten Aufenthalts ergebende Grenzverweildauer. Hat das Krankenhaus einen Aufenthalt bereits gegenüber der Krankenkasse oder gegenüber dem Patienten oder der Patientin abgerechnet, so ist nach Satz 5 diese Abrechnung zu stornieren. Sie wird ersetzt durch die Fallpauschale für den Gesamtaufenthalt. Satz 6 stellt klar, dass die Grenzverweildauer dieser neuen Fallpauschale maßgeblich für die Abrechnung zusätzlicher tagesbezogene Entgelte ist. Satz 7 stellt klar, dass tagesbezogene, krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelte für Leistungen und besondere Einrichtungen, die ausdrücklich von der DRG-Anwendung ausgenommen sind, nicht in die Fallzusammenfassung und Neueinstufung einbezogen werden.

#### **Zu § 3: Abschläge bei Verlegung**

Nach § 1 Abs. 1 Satz 3 ist bei einer Verlegung ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen. Zielsetzung ist es, fehlsteuernde Anreize, die zu einer zu frühen Verlegung von Patientinnen oder Patienten führen könnten, zu vermeiden. Abschläge sind auch deshalb erforderlich, weil das Krankenhaus, das den Patienten oder die Patientin weiterbehandelt, ebenfalls eigenständig DRG-Fallpauschalen abrechnen kann (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 2). Die Abschläge werden für das verlegende und das aufnehmende Krankenhaus nach der gleichen Systematik berechnet.

#### *Zu Absatz 1*

Satz 1 gibt vor, dass ein Abschlag vorzunehmen ist, wenn die Verweildauer des Patienten oder der Patientin im Krankenhaus bis zu ihrer Verlegung geringer ist als die Zahl der Tage, die bei der Kalkulation der Fallpauschale zu Grunde gelegt wurde und die damit durchschnittlich bezahlt wird. Der Abschlag wird somit vorgenommen, wenn die Verweildauer unter dem

Durchschnitt für diese Fallpauschale liegt. Die volle Leistung der Fallpauschale gilt auch im Verlegungsfall als erbracht, wenn die Verweildauer der verlegten Patientinnen oder Patienten jeweils den Durchschnitt erreicht oder überschreitet. Die Sätze 2 und 3 geben die Berechnung des Abschlags vor.

#### *Zu Absatz 2*

Auch das Krankenhaus, das verlegte Patientinnen oder Patienten aufnimmt, muss seine Fallpauschalen mindern, wenn die Verweildauer im Krankenhaus geringer ist als die Zahl der Tage, die bei der Kalkulation der Fallpauschale zu Grunde gelegt wurde.

Nach Satz 2 ist dann kein Abschlag vorzunehmen, wenn die Patientinnen oder Patienten im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden behandelt wurden. Diese Ausnahmeregelung ist insbesondere für Fälle der sog. Aufwärtsverlegung vorgesehen, in denen schwer erkrankte Patientinnen oder Patienten im ersten Krankenhaus untersucht und ggf. stabilisiert werden, um dann zur eigentlichen Behandlung in ein Krankenhaus einer höheren Versorgungsstufe oder in eine spezialisierte Klinik verlegt zu werden. In diesem Fall erbringt das aufnehmende Krankenhaus die volle Leistung der Fallpauschale, so dass ein Abschlag nicht in Frage kommt. Zweite Voraussetzung für die ungekürzte Abrechnung der Fallpauschale ist, dass das aufnehmende Krankenhaus die Patientinnen oder Patienten vor Erreichen der mittleren Verweildauer nicht nochmals weiterverlegt.

#### *Zu Absatz 3*

Satz 1 regelt die Fälle, die nach einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus von diesem in das erstbehandelnde Krankenhaus zurückverlegt werden. Die Vorgabe entspricht der bisherigen Regelung des § 2 Abs. 3 KFPV für das Jahr 2003. Ihre Anwendung wird jedoch auf einen Zeitraum von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum des ersten Krankenhausaufenthalts begrenzt. Für diese Rückverlegungsfälle wird die normale Regelung für Verlegungsfälle, nach der das erstbehandelnde Krankenhaus für jeden Aufenthalt eine eigenständige Fallpauschale abrechnen könnte, nicht angewendet. Vielmehr sind die jeweiligen Falldaten aller Aufnahmen in dasselbe Krankenhaus innerhalb der 30-Tage-Frist zusammenzuführen. Für den so gebildeten Gesamtaufenthalt ist eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, somit nur eine Fallpauschale abzurechnen. Für diese gelten die normalen Abrechnungsregeln. Die Daten des rückverlegenden Krankenhauses werden nicht einbezogen. Für die Neueinstufung gelten die Vorgaben des § 2 Abs. 4 Satz 1 bis 6.

Nach Satz 2 sind Fallpauschalen für Neugeborene (MDC 15) von einer Fallzusammenführung ausgenommen, weil infolge des Geburtsgewichts des ersten Krankenhausaufenthalts für die Einbeziehung weiterer Aufenthalte eine nicht sachgerechte Vergütungshöhe entstehen würde. Satz 3 stellt klar, dass Krankenhausaufenthalte, für die anstelle einer DRG-Fallpauschale tagesbezogene, krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden, nicht in die Fallzusammenfassung und Neueinstufung einbezogen werden. Diese Leistungen und Einrichtungen sind ausdrücklich von der DRG-Anwendung ausgenommen.

Werden Patientinnen oder Patienten, für die eine Fallpauschale nach dem Fallpauschalen-Katalog 2003 abgerechnet wurde, im Jahr 2004 in das gleiche Krankenhaus zurückverlegt (Rückverlegung), sind nach § 1 Abs. 1 Satz 1 die Abrechnungsvorschriften des Jahres 2003 und somit auch die Vorschrift zur Rückverlegung nach § 2 Abs. 3 der KFPV für das Jahr 2003 anzuwenden.

#### *Zu Absatz 4*

Die meisten Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland werden ab dem Jahr 2004 DRG-Fallpauschalen abrechnen. Neben einzelnen Leistungen, die nach Anlage 3 von der DRG-Anwendung ausgenommen sind, verbleiben jedoch noch einige Bereiche, in denen andere Entgelte abgerechnet werden. Dies sind

- die weiterhin der Bundespflegesatzverordnung unterliegenden Krankenhäuser oder Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin sowie
- die besonderen Einrichtungen, für die zeitlich befristet noch krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden können.

Werden Patientinnen oder Patienten aus dem DRG-Fallpauschalenbereich in die beiden vorgenannten Entgeltbereiche oder aus diesen Entgeltbereichen in den DRG-Fallpauschalenbereich verlegt, so gelten für die Abrechnung der DRG-Fallpauschalen die allgemeinen Regelungen der Absätze 1 bis 3 unmittelbar, wenn es sich um Verlegungen zwischen verschiedenen Krankenhäusern handelt.

Absatz 4 bestimmt, dass nach den Vorgaben der Absätze 1 bis 3 die DRG-Fallpauschalen auch dann zu kürzen sind, wenn diese anderen Entgeltbereiche innerhalb desselben Krankenhauses vorhanden sind und Patientinnen oder Patienten zwischen diesen Entgeltbereichen intern verlegt werden. Die nach unterschiedlichen Vergütungsregeln abrechnenden Teilbereiche eines Krankenhauses werden somit wie zwei eigenständige Krankenhäuser behandelt.

#### **Zu § 4: Fallpauschalen bei bestimmten Transplantationen**

In den Fallpauschalen-Katalog 2004 konnten nun auch die im Jahr 2003 noch krankenhausindividuell zu verhandelnden Fallpauschalen für die Transplantation von Organen nach § 9 Satz 1 TPG sowie für die Transplantation von Knochenmark und von hämatopoetischen Stammzellen aufgenommen werden. Dies macht gesonderte Abrechnungsbestimmungen für diesen Leistungsbereich notwendig.

§ 4 bestimmt, bei welchen Transplantationen jeweils Fallpauschalen abgerechnet werden können sowie welche Leistungen mit den Fallpauschalen vergütet werden und welche bei den Transplantationen regelmäßig anfallenden Leistungen gesondert abrechenbar sind. Diese Klarstellung ist erforderlich, weil es auf Grund der Vielschichtigkeit der bei Transplantationen zu finanzierenden einzelnen Leistungen in der Vergangenheit Abrechnungsschwierigkeiten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern gab.

#### *Zu Absatz 1*

Nach Satz 1 wird bei den genannten Transplantationen die stationäre Behandlung von Transplantatempfängern oder Transplantatempfängerinnen und gegebenenfalls von Lebendspendern oder Lebendspenderinnen jeweils mit DRG-Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet. Die Transplantation von Organen nach § 9 Satz 1 TPG umfasst begrifflich gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 TPG auch die Transplantation eines Teils von einem dieser Organe, sofern der Organteil die gleiche Funktion wie das vollständige Organ erfüllt, wie z. B. im Falle der Transplantation einer Splitleber bei postmortaler Spende oder eines Leberteils bei einer Lebendspende. Ebenso wird – wie schon bei den Fallpauschalen nach der Bundespflege-

satzverordnung – die Führung der Wartelisten der zur Transplantation angenommenen Patientinnen oder Patienten des Transplantationszentrums mit der Fallpauschale für die stationäre Behandlung der jeweiligen Transplantatempfängerinnen oder Transplantatempfänger vergütet. Nicht mit dieser Fallpauschale vergütet werden die notwendigen ambulanten Untersuchungen zur Wartelistenföhrung; sie werden gesondert mit den in der Warteliste geföhrten Personen oder deren Sozialleistungsträgern abgerechnet.

Satz 2 föhrt die im Zusammenhang mit den in Satz 1 genannten Transplantationen regelmäÙig anfallenden, gesondert abrechenbaren Leistungen auf. Dabei handelt es sich um Krankenhausleistungen (Nr. 5, 7 und 8) und andere Leistungen (Nr. 1, 2 bis 4 und 6).

#### *Zu Absatz 2*

Nach Satz 1 ist für jede der in Absatz 1 Satz 1 genannten Transplantationen eine eigenständige Fallpauschale abzurechnen.

#### *Zu Absatz 3*

Im Gegensatz zur bisherigen Regelung sind bei Lebendspenden die Entgelte für Organentnahmen bei den Lebendspenderinnen oder Lebendspendern und für deren weitere stationäre Behandlungen in den Fallpauschalen für Transplantationen nicht mehr enthalten. Für stationär aufgenommene Lebendspenderinnen oder Lebendspender wurden eigene Fallpauschalen kalkuliert. Bei erfolgter Organentnahme werden auch die gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe c TPG bei den Lebendspendern durchgeföhrten Voruntersuchungen mit den Fallpauschalen für die stationäre Behandlung der Lebendspenderinnen oder Lebendspender vergütet (Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Satz 2 Nr. 5 zweiter Halbsatz).

Die Fallpauschalen nach Absatz 3 sind nicht nur bei erfolgter Organentnahme und Transplantation, sondern auch dann abzurechnen, wenn es nicht zur Transplantation kommt, falls sich erst während der Entnahmeoperation herausstellt, dass das Organ nicht entnommen werden kann, z. B. weil es für eine Transplantation nicht geeignet ist oder Gründe bei den Spenderinnen oder Spendern einer Organentnahme entgegenstehen, oder falls sich erst nach der Organentnahme herausstellt, dass Organe nicht transplantiert werden können, z. B. weil sie für eine Transplantation nicht geeignet sind oder Gründe bei den vorgesehenen Empfängerinnen oder Empfängern einer Transplantation entgegenstehen. Bei erfolgter Transplantation der entnommenen Organe sind die Fallpauschalen mit den Transplantatempfängerinnen, den Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen. Kommt es nicht zur Transplantation, sind die Fallpauschalen – entsprechend der leistungsrechtlichen Zuordnung der mit ihnen vergüteten Leistungen – gegenüber den Personen, die zum Transplantatempfang vorgesehen waren, oder gegenüber deren Sozialleistungsträgern abzurechnen.

Auch für die im Zusammenhang mit Lebendspenden regelmäÙig anfallenden Leistungen stellt Absatz 1 Satz 2 klar, welche Leistungen gesondert abrechenbar sind (Nr. 4, Nr. 5 erster Halbsatz, Nr. 6 und 8). Das Transplantationszentrum hat die Lebendspenderinnen oder Lebendspender im Vorfeld hierüber aufzuklären. Dies betrifft auch den bestehenden Versicherungsschutz im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 2 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB VII) sowie die Erstattung etwaiger Reisekosten und eines etwaigen Verdienstausfalls der Lebendspenderinnen oder Lebendspender und die Nichterstattung von Vermögensschäden, die mittelbar oder unmittelbar auf Grund einer Spende entstehen.

Für den Fall, dass die Entnahme von hämatopoetische Stammzellen nicht durch eine Fallpauschale vergütet werden kann, weil der Krankenhausaufenthalt des Spenders oder der Spenderin nicht in direktem Zusammenhang mit der Transplantation stattfindet, wird ein entsprechendes Zusatzentgelt abgerechnet. Die Höhe des Zusatzentgeltes ist auf krankenshausindividueller Ebene zu verhandeln.

#### *Zu Absatz 4*

Die Vorschrift regelt die Abrechnung der in Absatz 1 Satz 2 genannten, gesondert abrechenbaren Leistungen, soweit es sich um Krankenhausleistungen handelt:

Die Leistungen des Krankenhauses im Rahmen der Voruntersuchungen bei möglichen Organspendern (Absatz 1 Satz 2 Nr. 5 erster Halbsatz) sind Leistungen, denen keine Lebendspende, d. h. Organentnahme bei den untersuchten Personen, folgt. Die Leistungen sind daher entsprechend ihrer leistungsrechtlichen Zuordnung gegenüber der Person, die zum Transplantatempfang vorgesehen war, oder gegenüber deren Sozialleistungsträger abzurechnen.

Die Leistungen des Krankenhauses im Rahmen der Kontrolluntersuchungen bei Transplantatempfängerinnen oder Transplantatempfängern und bei Lebendspenderinnen oder Lebendspendern (Absatz 1 Satz 2 Nr. 7 und 8) sind ebenfalls entsprechend ihrer leistungsrechtlichen Zuordnung gegenüber den Transplantatempfängerinnen, den Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen. Diese Kontrolluntersuchungen finden nicht im Zusammenhang mit der Transplantation, sondern erst später in einem ggf. gesonderten Krankenhausaufenthalt statt.

Für die Abrechnung der übrigen in Absatz 1 Satz 2 aufgeführten, gesondert abrechenbaren Leistungen gelten unterschiedliche Regelungen:

Die Leistungen des Krankenhauses für eine Organentnahme bei möglichen postmortalen Organspendern (Absatz 1 Satz 2 Nr. 1) gehören nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 des Krankenhausentgeltgesetzes. Sie sind nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen nach § 11 TPG gegenüber der Koordinierungsstelle, der Deutschen Stiftung Organtransplantation, nach den dafür vereinbarten Entgelten abzurechnen.

Die Leistungen der Koordinierungsstelle (Absatz 1 Satz 2 Nr. 2) sind nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen nach § 11 TPG von der Koordinierungsstelle mit den Transplantatempfängerinnen, Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen. Die dafür vereinbarten Entgelte umfassen auch die durch die Koordinierungsstelle gegenüber dem Krankenhaus erfolgende Vergütung der Leistungen des Krankenhauses für eine Organentnahme bei möglichen postmortalen Organspenderinnen oder Organspendern (Absatz 1 Satz 2 Nr. 1).

Die Leistungen der Vermittlungsstelle (Absatz 1 Satz 2 Nr. 3) sind nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen nach § 12 TPG von der Vermittlungsstelle, der Stiftung Eurotransplant International Foundation (Eurotransplant) in Leiden/Niederlande, mit den vorgesehenen Transplantatempfängerinnen, den Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen, sobald die vorgesehenen Transplantatempfängerinnen oder Transplantatempfänger auf der Warteliste für die Organvermittlung bei Eurotransplant registriert sind.

Die Gutachtenerstellung durch die Kommission nach § 8 Abs. 3 Satz 2 TPG (Absatz 1 Satz 2 Nr. 4) ist gegenüber den Transplantatempfängerinnen, den Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen. Kommt es nicht zu einer Lebendspende, d. h. Organentnahme bei den betreffenden als Lebendspender oder Lebendspenderinnen vorgesehenen Personen, auf die sich die Gutachtenerstellung bezieht, ist die Gutachtenerstellung entsprechend ihrer leistungsrechtlichen Zuordnung gegenüber den Personen, die zum Transplantatempfang vorgesehen waren oder deren Sozialleistungsträger, abzurechnen.

Der Transport von Knochenmark oder von hämatopoetischen Stammzellen (Absatz 1 Satz 2 Nr. 6) ist gegenüber den Transplantatempfängerinnen, den Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen.

## **Zu Abschnitt 2:** Abrechnungsbestimmungen für andere Entgeltarten

### **Zu § 5:** Abrechnung von Zusatzentgelten

#### *Zu Absatz 1*

Satz 1 gibt den in § 17b Abs. 1 KHG vorgesehenen, bundesweit geltenden Zusatzentgelt-Katalog vor (Anlage 2). Da im Rahmen des vom DRG-Institut durchgeführten Kalkulationsverfahrens mangels geeigneter Daten nicht mehr Zusatzentgelte ermittelt werden konnten, wird für das Jahr 2004 nur das Zusatzentgelt der intermittierenden Hämodialyse vorgegeben. Es kann nicht nur zusätzlich zu den Fallpauschalen, sondern auch zusätzlich zu den krankenhaushausindividuell vereinbarten Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden. Nach Satz 2 sind bei verspäteter Budgetvereinbarung bis zu dem nach § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG maßgeblichen Zeitpunkt die für das Kalenderjahr 2003 vereinbarten Zusatzentgelte weiterhin abzurechnen.

#### *Zu Absatz 2*

Weitere Zusatzentgelte, z. B. auch für andere Formen der Dialyse, können krankenhaushausindividuell nur für die Leistungen vereinbart werden, die in Anlage 4 ausdrücklich benannt sind. Eine darüber hinaus gehende Vereinbarung von Zusatzentgelten ist im Jahr 2004 nicht möglich. Die Kosten entsprechender Leistungen sind grundsätzlich in die Kalkulation der Fallpauschalen einbezogen worden und konnten anhand der Kalkulationsdaten der Krankenhäuser nicht näher untersucht werden. Eine entsprechende Ausgliederung von Leistungen oder Kosten war auf der Datengrundlage, die von den für das DRG-System zuständigen Selbstverwaltungspartnern nach § 17b KHG bestimmt wurde, nicht möglich. Die gesonderte krankenhaushausindividuelle Vereinbarung weiterer Zusatzentgelte würde sonst zu Doppelzahlungen führen, auch wenn diese durch die Budgetvereinbarung für das Krankenhaus begrenzt würden. Vor dem Hintergrund der auch im Jahr 2004 „budgetneutral“ erfolgenden Einführung des DRG-Fallpauschalensystems ist diese enge Regelung notwendig und vertretbar. Satz 2 stellt klar, dass die Zusatzentgelte nach Anlage 4 zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden Entgelten abgerechnet werden können.

### *Zu Absatz 3*

Ein Zusatzentgelt für Dialyse kann nicht abgerechnet werden, wenn die Leistung Bestandteil einer Fallpauschale ist. Eine Berechnung dieses Zusatzentgelts ist somit bei Abrechnung einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 sowie des nach Anlage 3 krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelts L61 nicht möglich.

## **Zu § 6: Abrechnung von teilstationären Leistungen**

### *Zu Absatz 1*

Für die nicht in die DRG-Abrechnung einbezogenen teilstationären Leistungen sind krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vereinbaren. Dies werden in der Regel - wie bisher - tagesbezogene Entgelte sein.

### *Zu Absatz 2*

Mit der Zielsetzung, Anreize für Erlösoptimierungen zu vermeiden, bestimmt Satz 1, dass innerhalb der oberen Grenzverweildauer einer Fallpauschale keine zusätzlichen Entgelte für teilstationäre Leistungen abgerechnet werden können. Diese Vorgabe entspricht den Regelungen des § 2 Abs. 1 für Wiederaufnahmen sowie vom Ansatz her der Vorschrift des § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 KHEntgG, nach der innerhalb der oberen Grenzverweildauer eine nachstationäre Behandlung nicht zusätzlich berechnet werden kann. Anders als bei der nachstationären Behandlung ist nicht die Summe der Behandlungstage, sondern der Ablauf der Grenzverweildauer nach Kalendertagen maßgeblich.

Von dieser Anrechnung auf die Fallpauschale nimmt Satz 2 teilstationäre Behandlungen für Leistungen der Onkologie, der Schmerztherapie und zur Behandlung von HIV sowie die Dialysebehandlung aus. In diesen Bereichen wird auch auf Grund der Erkrankungsart bereits heute im Anschluss an die vollstationäre Versorgung teilstationär behandelt. Die entsprechenden Kosten sind nicht in die Kalkulation der Fallpauschalen eingegangen.

## **Zu § 7: Abrechnung von sonstigen Entgelten**

### *Zu Absatz 1*

Satz 1 bestimmt, dass für die nicht mit dem DRG-Fallpauschalen-Katalog vergüteten Leistungen nach Anlage 3 und die teilstationären Leistungen sowie für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden dürfen. Nach Satz 2 ist bei der Vereinbarung krankenhausindividueller fallbezogener Entgelte die Systematik des DRG-Fallpauschalen-Katalogs einzuhalten, damit diese Entgelte von den Abrechnungsprogrammen verarbeitet werden können. Auf eine volle Übertragung der rechtlichen Vorgaben für die DRG-Fallpauschalen wird verzichtet. Nach Satz 3 sind bei der Vereinbarung die gleichen Abrechnungsregeln zu berücksichtigen, wie sie für die DRG-Fallpauschalen gelten. Satz 4 bestimmt für fallbezogene Entgelte, dass bei Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus grundsätzlich Vereinbarungen zu treffen sind, die den Vorgaben des § 2 Abs. 1, 2 und 4 entsprechen; von dieser Vorgabe kann nur aus zwingenden Gründen abgewichen werden („soll“).

### *Zu den Absätzen 2 und 3*

Absatz 2 bestimmt, dass für die Abrechnung von fallbezogenen Entgelten die genannten Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 2 Abs. 3 dieser Verordnung entsprechend anzuwenden sind. Für die Abrechnung von tagesbezogenen Entgelten gibt Absatz 3 die Berechnungsregeln des § 14 Abs. 2 Satz 1 BPfIV zur Anwendung vor.

## **Zu Abschnitt 3: Sonstige Vorschriften**

### **Zu § 8: Fallzählung**

#### *Zu Absatz 1*

Grundsätzlich werden die Vorgaben für die Fallzählung aus dem Jahr 2003 übernommen. Auch für das neue Fallpauschalensystem wird vorgegeben, dass sich die Fallzählung nach der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen richtet. Jede abgerechnete Fallpauschale wird im Jahr der Entlassung als Fall gezählt. Damit wird eine einfache Zählweise vorgegeben, die eine eindeutige Auswertung von Fallzahlstatistiken zulässt, und den Aufwand, der bei abweichenden Zählweisen entstehen würde, vermeidet. Beispielsweise wird auch die eintägige Chemotherapie in der Onkologie jeweils als Fall gezählt, wenn hierfür im Fallpauschalen-Katalog eine Tages-DRG (Belegungstag) festgelegt ist. Satz 3 stellt klar, dass bei Wiederaufnahmen und Rückverlegungen, bei denen mehrere Krankenhausaufenthalte zu einem Gesamtfall zusammenzufassen sind, jeweils insgesamt nur ein Fall zu zählen ist.

#### *Zu Absatz 2*

Für Leistungen, für die im Fallpauschalen-Katalog noch keine DRG-Fallpauschalen ausgewiesen sind, können krankenspezifisch fall- oder tagesbezogenen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Werden Fallpauschalen vereinbart, gilt nach Nummer 1 die gleiche Zählweise wie bei DRG-Fallpauschalen: Jede abgerechnete Fallpauschale wird als ein Fall gezählt.

Bei der Abrechnung von tagesbezogenen Entgelten gibt Nummer 2 vor, dass die im Bereich der Bundespflegeverordnung geltende Zählweise weiter angewendet wird. Im Bereich der teilstationären Versorgung werden Patientinnen oder Patienten, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, je Quartal als ein Fall gezählt, wenn die Leistungen mit tagesbezogenen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vergütet werden.

### **Zu § 9: Laufzeit der Entgelte**

Können Entgelte nicht so rechtzeitig vereinbart werden, dass sie ab dem 1. Januar eines Jahres abgerechnet werden können, bestimmt § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG, dass die bisher geltenden Entgelte weiterhin abzurechnen sind. Dies gilt insbesondere für Krankenhäuser, die das DRG-Fallpauschalensystem im Jahr 2004 einführen.

### *Zu Absatz 1*

Für Krankenhäuser, die das DRG-Vergütungssystem bereits im Jahr 2003 eingeführt haben, besteht eine andere Ausgangssituation. Der erste deutsche DRG-Fallpauschalen-Katalog des Jahres 2004 unterscheidet sich grundlegend von dem im Jahr 2003 angewendeten australischen DRG-Katalog. Die meisten Fallpauschalen sind neu oder erheblich verändert worden. Eine Weiterberechnung der Fallpauschalen des Jahres 2003 würde bedeuten, dass bei Krankenkassen und Sozialleistungsträgern parallel nach zwei unterschiedlichen DRG-Katalogen abgerechnet werden müsste, wozu auch unterschiedliche Versionen der Kodierrichtlinien sowie der Diagnose- und Prozedurenklassifikationen gehören. Dies ist wegen der großen Entwicklungssprünge insbesondere in der Einführungsphase des Systems nicht zumutbar und nicht praktikabel. Darüber hinaus würden bei paralleler Anwendung von zwei DRG-Katalogen die im Jahr 2004 abgerechneten Fallpauschalen je nach Verhandlungsstand beim einzelnen Krankenhaus zu unterschiedlichen Kalkulationsdatensätzen sowie unterschiedlichen Leistungsdatensätzen nach § 21 KHEntgG führen, die an das DRG-Institut geliefert würden. Durch diese unterschiedlichen Datensätze würde die Grundlage für die weitere Systementwicklung wesentlich beeinträchtigt. Dies wird verstärkt durch die Tatsache, dass in den letzten Jahren in vielen Regionen die Krankenhausbudgets und Entgelte nicht mehr – wie gesetzlich vorgeschrieben – prospektiv vor Beginn des Jahres, sondern in vielen Fällen verspätet erst zur Jahresmitte oder danach vereinbart werden.

Um die Weiterentwicklung des Systems nicht zu gefährden und die Einheitlichkeit der Abrechnung nach dem DRG-System sicherzustellen, schreibt § 9 Satz 1 deshalb vor, dass Krankenhäuser, die bereits im Jahr 2003 DRG-Fallpauschalen eingeführt haben (Optionsmodell 2003), ab dem 1. Januar 2004 nach dem neuen Fallpauschalen-Katalog 2004 abrechnen, d. h. sowohl die neue Gliederung des DRG-Katalogs als auch die neuen Bewertungsrelationen anwenden. Die Höhe der Fallpauschalen ergibt sich durch Gewichtung dieser Bewertungsrelationen mit dem krankenhausesindividuellen Basisfallwert. Entsprechend § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG soll diese Gewichtung bei Optionskrankenhäusern mit dem für das Jahr 2003 vereinbarten Basisfallwert erfolgen, bis ein neuer krankenhausesindividueller Basisfallwert für das Jahr 2004 vereinbart ist. Für den Fall, dass noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte nach Anlage 3 vereinbart und abrechenbar sind, sind hilfsweise 600 Euro je Belegungstag abzurechnen; hierdurch entstehende Zahlungsdifferenzen werden nach § 15 Abs. 2 KHEntgG ausgeglichen.

### *Zu Absatz 2*

Im Jahr 2004 sind bei teilstationären Leistungen die vollstationär kalkulierten DRG-Fallpauschalen nicht mehr abrechenbar. Für Krankenhäuser, die im Jahr 2003 teilstationäre Leistungen mit den Fallpauschalen abgerechnet haben, gibt § 6 vor, dass krankenhausesindividuelle teilstationäre Entgelte zu vereinbaren sind. Für den Fall verspäteter Budgetvereinbarungen ist somit eine Übergangslösung erforderlich. Eine Weiterberechnung nach dem Fallpauschalen-Katalog 2003 ist jedoch grundsätzlich nicht möglich; vgl. die Erläuterungen zu Absatz 1. Deshalb gibt Absatz 2 vor, dass bis zum Laufzeitbeginn der für das Jahr 2004 vereinbarten Entgelte hilfsweise die für das Jahr 2002 - also vor der DRG-Einführung - vereinbarten und genehmigten teilstationären Entgelte abgerechnet werden können. Wie alle Entgelte nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Krankenhausentgeltgesetz sind diese Entgelte lediglich Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Krankenhausbudget. Sie verändern die Höhe des Budgets nicht. Ist diese hilfsweise Abrechnung wegen fehlender Entgelte im Jahr 2002 nicht möglich, können vom Krankenhaus bis zum Abschluss einer Vereinbarung weiterhin die im Jahr 2003 abgerechneten DRG in Rechnung gestellt werden.

## **Zu Abschnitt 4: Geltungsdauer, Inkrafttreten**

### **Zu § 10: Geltungsdauer**

Da die DKG das Scheitern der Verhandlungen für das Fallpauschalensystem des Jahres 2004 erklärt hat, gilt die Verordnung nur für das Jahr 2004. Satz 2 gibt eine Übergangsregelung vor für den Fall, dass - im Gegensatz zu der in § 9 geregelten Situation - für das Jahr 2005 ein neuer Fallpauschalen-Katalog nicht rechtzeitig vorliegt und angewendet werden kann. In einem solchen Fall sind die Entgelte des Jahres 2004 nach dieser Verordnung weiter anzuwenden einschließlich der für das Jahr 2004 geltenden Abrechnungsregeln.

### **Zu § 11: Inkrafttreten**

Die Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, damit die Krankenhäuser möglichst frühzeitig die Vorbereitungen für die Budgetverhandlungen für das Jahr 2004 führen können.

### **Zu Anlage 1: Fallpauschalen-Katalog**

Der für das Jahr 2004 geltende Fallpauschalen-Katalog wurde vom DRG-Institut nach den grundlegenden Vorgaben der Selbstverwaltungspartner zum sog. datengetriebenen Verfahren erstellt. Weitergehende Einzelentscheidungen traf das Bundesministerium. In die Kalkulationen konnten die Daten von 137 Krankenhäusern, davon 12 Universitätskliniken, mit insgesamt rd. 2,1 Mio. Datensätzen einbezogen werden. Dieser erste deutsche Fallpauschalen-Katalog unterscheidet sich grundlegend von dem australischen Katalog, der für das Jahr 2003 gilt. Die meisten Fallpauschalen wurden verändert oder völlig neu vorgegeben. Anstelle von 640 abrechenbaren Fallpauschalen stehen nun 824 DRG zur Verfügung. Dabei wurden für einzelne Basis-DRG bis zu fünf Schweregrade vergeben. Die Kostenhomogenität der einzelnen Fallpauschalen ist wesentlich gestiegen. Alle DRG haben einen Homogenitätskoeffizienten von mindestens 51 %. Bei 618 DRG liegt der Homogenitätskoeffizient über 60 %, davon bei 305 DRG über 65 %. Dies sind sehr gute Werte. Die im Jahr 2003 noch unzureichende Differenzierung zwischen einzelnen Relativgewichten (sogenannter Kompressionseffekt) wurde stark verbessert. Im Ergebnis wird – im Rahmen der vereinbarten Krankenhausbudgets - eine entsprechend leistungsgerechtere Vergütung erreicht. Insbesondere aufwändige Leistungen, die hauptsächlich in Krankenhäusern der Maximalversorgung erbracht werden, werden entsprechend besser abgebildet.

Für die meisten medizinischen Fachbereiche, die sich im Katalog 2003 nicht ausreichend abgebildet sahen, konnten differenziertere Fallpauschalen vorgegeben werden. Auch wegen der umfangreichen und verbesserten Kalkulationsdaten stellte sich daher die Frage einer Ausnahme von Leistungen aus dem DRG-System nicht in dem Ausmaß wie im Jahr 2003; vgl. Anlage 3. Darüber hinaus war zu berücksichtigen, dass auch die Einführung im Jahr 2004 budgetneutral erfolgt.

## **Zu Anlage 2: Zusatzentgelte-Katalog**

Da im Rahmen des vom DRG-Institut (InEK) der Selbstverwaltungspartner durchgeführten Kalkulationsverfahrens mangels geeigneter Daten nur ein Zusatzentgelt ermittelt werden konnte, wird für das Jahr 2004 lediglich das Zusatzentgelt der intermittierenden Hämodialyse vorgegeben. Es kann nicht nur zusätzlich zu den Fallpauschalen, sondern auch zusätzlich zu den krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden. Weitere Zusatzentgelte können krankenhausesindividuell vereinbart werden; vgl. Anlage 4.

## **Zu Anlage 3: Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete Leistungen**

§ 6 Abs. 1 KHEntgG sieht vor, dass für Leistungen, die noch nicht sachgerecht mit dem DRG-Fallpauschalen-Katalog vergütet werden können, krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart werden können. Voraussetzung ist, dass die entsprechenden Leistungen durch den Verordnungsgeber ausdrücklich von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen werden. Dies geschieht mit Anlage 3. Für die dort genannten Leistungen dürfen krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart werden.

## **Zu Anlage 4: Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG**

§ 6 Abs. 1 KHEntgG sieht vor, dass für Leistungen, die noch nicht sachgerecht mit dem DRG-Fallpauschalen-Katalog oder mit bundeseinheitlichen Zusatzentgelten vergütet werden können, krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte vereinbart werden können. Voraussetzung ist, dass die entsprechenden Leistungen durch den Verordnungsgeber ausdrücklich von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen werden.

Dies geschieht mit Anlage 4. Nur für die dort genannten Leistungen dürfen krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte vereinbart werden. Eine darüber hinaus gehende Vereinbarung von Zusatzentgelten ist im Jahr 2004 nicht möglich. Die Kosten entsprechender Leistungen sind grundsätzlich in die Kalkulation der Fallpauschalen einbezogen worden und konnten anhand der Kalkulationsdaten der Krankenhäuser nicht näher untersucht werden. Die Ausgliederung dieser Leistungen und Kosten war auf der Datengrundlage, die von den für das DRG-System zuständigen Selbstverwaltungspartnern nach § 17b KHG bestimmt wurde, nicht möglich. Die gesonderte krankenhausesindividuelle Vereinbarung weiterer Zusatzentgelte würde sonst zu Doppelzahlungen führen. Vor dem Hintergrund der auch im Jahr 2004 „budgetneutral“ erfolgenden Einführung des DRG-Fallpauschalensystems ist diese enge Regelung notwendig und vertretbar.