

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition		ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung
							Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)
1	2		3	4	5	6	7	8	9
Gruppe 2: Operationen an den endokrinen Drüsen									
2.01	Struma	Einseitige subtotale oder totale Schilddrüsenresektion	D34, E01.0, .1, .2, E04 [v], E05.0, .1 oder .2	5-061.0, .1, .2, .3 oder 5- 062.2	14	6,47	1.809,42	1.653,34	
2.02	Struma	Beidseitige subtotale oder totale Schilddrüsenresektion	D34, E01.0, .1, .2, E04 [v], E05.0, .1 oder .2	5-062.3, .4, .5, 5-063.0, .1, .2 oder .3	15	6,72	1.936,60	1.745,84	
Gruppe 3: Operationen an den Augen									
3.01	Katarakt	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mit Linsenimplantation, ggf. einschl. Iridektomie	E10.3 [w], E11.3 [w], E12.3 [w], E13.3 [w], E14.3 [w], E20 [v], E83.5, E89.2, G71.1, H25 [v], H26 [v], H28.0 [a], .1 [a] oder .2 [a]	5-144.01, .02, .03, .04, .05, .06, .07, .08, .0x, .0y, .11, .12, .13, .14, .15, .16, .17, .18, .1x, .1y, .x1, .x2, .x3, .x4, .x5, .x6, .x7, .x8, .xx oder .xy	11	3,21	1.439,44	1.398,97	Zuschlag
Gruppe 5: Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen									
5.01	Nasenscheidewand-verbiegung, Hypertrophie der Nasenmuschel, elektiv	Submuköse Korrektur am knöchernen Septum, einschl. Korrektur am knorpeligen Septum, ggf. mit Operation an den Schwellkörpern	J34.2 oder .3	5-214.0, .1 oder .2	14	5,61	1.144,61	1.069,47	Zuschlag

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition		ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung
							Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)
1	2		3	4	5	6	7	8	9
Gruppe 7: Operationen an Gaumen, Pharynx, Larynx und Trachea									
7.01	Chronische Tonsillitis, elektiv, bei Kindern und Erwachsenen	Tonsillektomie, ggf. mit Adenotomie	J35.0, .1, .3, .8 oder .9	5-281.0, .4, .x, .y oder 5-282 [w]	15	6,51	1.133,06	1.086,80	Zuschlag
Gruppe 10: Operationen an den Blutgefäßen									
10.01	Stammvaricosis	Venenexhairese durch Stripping mit Unterbrechung der Venae perforantes, ein Bein, einschließl. Crossektomie	I83 [v]	5-385.70 oder .74	13	5,32	1.555,06	1.387,42	
Gruppe 12: Operationen am Verdauungstrakt									
12.01	Cholezystitis/ Cholezystolithiasis, akut	Cholezystektomie, offen-chirurgisch	K80.0 [w], .4 [w] oder K81.0	5-511.0y, .01, .2y oder .21	19	10,66	2.890,45	2.728,59	Zuschlag
12.02	Cholezystitis/ Cholezystolithiasis, akut	Cholezystektomie, laparoskopisch	K80.0 [w], .4 [w] oder K81.0	5-511.1y oder .11	16	8,13	2.323,93	2.167,84	Zuschlag
12.03	Cholezystitis/ Cholezystolithiasis, elektiv	Cholezystektomie, offen-chirurgisch	K80.1 [w], .2 [w], .4 [w], K81.1, .8, .9, K82.1, .4 oder .8	5-511.0y, .01, .2y oder .21	18	9,78	2.404,86	2.248,78	Zuschlag
12.04	Cholezystitis/ Cholezystolithiasis, elektiv	Cholezystektomie, laparoskopisch	K80.1 [w], .2 [w], .4 [w], K81.1, .8, .9, K82.1, .4 oder .8	5-511.1y oder .11	14	6,27	2.133,15	1.959,72	Zuschlag

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition		ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung
							Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)
1	2		3	4	5	6	7	8	9
12.05	Appendicitis, non perforata	Appendektomie, offen-chirurgisch	A06.3, .8, K35.9, K36, K37 oder K38 [v]	5-470.0, .2 oder 5-479.1	14	6,15	1.451,01	1.346,95	Zuschlag
12.06	Appendicitis, non perforata	Appendektomie, laparoskopisch	A06.3, .8, K35.9, K36, K37 oder K38 [v]	5-470.1	13	5,20	1.624,43	1.497,25	Zuschlag
12.07	Hernien (femoral, inguinal) einseitig; umbilikal	Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches, einseitig, oder eines Nabelbruches	K40.20, .90, K41.2, .9 oder K42.9	5-530.0 [x], .1, .2, .3 [x], 5-531.0, .1, .2, .3 [x], 5-534.0 [x], .1, .2 oder .3	16	7,94	1.693,80	1.566,63	Zuschlag
12.08	Rezidiv-Hernien, einseitig	Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches, einseitig, oder eines Nabelbruches, als Rezidivoperation	K40.21, .91, K41.2, .9 oder K43.9	5-530.5 [x], .6, .7 [x], 5-531.5, .6, .7 [x], 5-536.0, .1, .2, .3 oder .4 [x]	17	8,84	1.878,79	1.740,05	Zuschlag
12.09	Hernien, inkarzeriert, einseitig	Operation einer inkarzerierten Hernie, ohne Darmresektion, einseitig	K40.0 [w], .3 [w], K41.0, .3, K42.0, K43.0 oder K45.0	5-530.0 [x], .1, .2, .3 [x], 5-531.0, .1, .2, .3 [x], 5-534.0 [x], .1, .2, .3, 5-535.0, .1, .2, .3 [x], 5-536.0, .1, .2, .3 oder .4 [x]	22	10,56	2.312,36	2.173,62	Zuschlag

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition		ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung
							Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)
1	2		3	4	5	6	7	8	9
Gruppe 14: Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen									
14.01	Prostataadenom	Entfernung eines Prostataadenoms, offen-chirurgisch	D29.1, N40 oder N42 [v]	5-603 [w]	26	18,46	4.058,19	3.884,77	Zuschlag
14.02	Prostataadenom	Transurethrale Elektroresektion eines Prostataadenoms	D29.1, N40 oder N42 [v]	5-601.0 oder .1	20	12,34	2.491,57	2.370,17	Zuschlag
14.03	Varikozele	Varikozelenoperation, offen- chirurgisch	I86.1	5-630.0, .1, .2, .3 oder .4	12	4,05	1.052,13	965,41	
Gruppe 15: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen									
15.01	Gebärmutter- und Scheidensenkung ggf. mit Inkontinenz	Hysterektomie mit vorderer und hinterer Scheidenraffung	N81.2, .3, .4 oder .8	5-683.0 [x], .1 [x], .2 [x], .3 oder .x jeweils kombiniert mit 5-704.2	23	15,06	3.087,00	2.913,57	Zuschlag
15.02	Uterus myomatosus, rezidivierende Blutungsstörungen, Dysmenorrhoe bei Endometriose	Hysterektomie	D25 [v] [b], N92.0, .1, .4, .5, .6, N93.8 oder .9; N94.4, .5 oder .6 jeweils kombiniert mit N80 [v]; N95.0	5-683.0 [x], .1 [x], .2 [x], .3 oder .x	21	12,61	2.722,80	2.555,15	Zuschlag

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung	
						Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Gruppe 16: Geburt und geburtshilfliche Operationen									
16.01	Geburt ab dem 260. Schwangerschaftstag (ab 38. SSW)	Versorgung eines Neugeborenen auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer; einschl. der Versorgung eines nach der Geburt erkrankten Neugeborenen bis zu dessen interner oder externer pädiatrischer Verlegung oder nach dessen Rückverlegung; Mindestaufenthalt ein Belegungstag; nach Rückverlegung zwei aufeinanderfolgende Belegungstage (ohne Verlegungs- und Entlassungstag); nur einmal abrechenbar	Z38.0, .1, .3, .4, .6 oder .7	9-262.0	-	-	433,57	433,57	4)
16.02	Geburt ab dem 225. bis 259. Schwangerschaftstag (ab 33. bis 37. SSW)	Versorgung eines Frühgeborenen auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer; einschl. der Versorgung eines nach der Geburt erkrankten Frühgeborenen bis zu dessen interner oder externer pädiatrischer Verlegung oder nach dessen Rückverlegung; Mindestaufenthalt ein Belegungstag; nach Rückverlegung zwei aufeinanderfolgende Belegungstage (ohne Verlegungs- und Entlassungstag); nur einmal abrechenbar	P07.1 oder .3	9-262.1	-	-	786,19	786,19	4)

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition		ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung
							Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)
1	2		3	4	5	6	7	8	9
16.03	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft) die zur Geburt führt	Vaginale Entbindung bei Versorgung des Neugeborenen und der Mutter unter 24 Stunden im Krankenhaus	O80 oder O81	5-720 [w], 5-724, 5-725 [w], 5-727 [w], 5-728 [w], 5-729 [w], 5-732.2, .3, .4, 8-515, 9-260 oder 9-261	-	1,00	589,65	583,86	Zuschlag
16.03	Erlös für Beleghebammen						260,14	254,36	Zuschlag
16.041	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt führt, ab dem 260. Schwangerschaftstag (ab 38. SSW)	Vaginale Entbindung, einschließlich bis zu 3 aufeinanderfolgenden Kalendertagen stationärer Versorgung vor dem Tag der Geburt	O10 [v], O11, O13, O14 [v], O15 [v], O16, O32.0 [c], .1 [c], .2 [c], .3 [c], .4 [c], .6 [c], .8 [c], .9 [c], O33 [v] [c], O34 [v] [c], O35 [v] [c], O36.0 [c], .1 [c], .2 [c], .3 [c], .4 [c], .5 [c], .6 [c], .8 [c], .9 [c], O40, O41 [v], O42 [v], O43 [v], O44 [v], O45 [v], O46 [v], O48, O62 [v], O63.0, .1, .9, O64.0, .1, .2, .3, .5, .8, .9, O65 [v], O66.0, .2, .3, .5, .8, .9, O68 [v], O69 [v], O75.5, .6, .7, .8, O80 oder O81	5-720 [w], 5-724, 5-725 [w], 5-727 [w], 5-728 [w], 5-729 [w], 5-732.2, .3, .4, 8-515, 9-260 oder 9-261	13	5,23	1.283,36	1.277,58	Zuschlag

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung
						Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
16.041	Erlös für Beleghebammen					948,07	942,29	Zuschlag
16.042	wie 16.041 bei Mehrlingen	O10 [v], O11, O13, O14 [v], O15 [v] oder O16 jeweils kombiniert mit O30 [v] oder O31.8; O30 [v] oder O31.8; O32.0 [c], .1 [c], .2 [c], .3 [c] oder .4 [c] jeweils kombiniert mit O30 [v] oder O31.8; O32.5 [c]; O32.6 [c], .8 [c], .9 [c], O33 [v] [c], O34 [v] [c], O35 [v] [c], O36.0 [c], .1 [c], .2 [c], .3 [c], .4 [c], .5 [c], .6 [c], .8 [c], .9 [c], O40, O41 [v], O42 [v], O43 [v], O44 [v], O45 [v], O46 [v], O48, O62 [v], O63 [v], O64.0, .1, .2, .3, .5, .8, .9, O65 [v], O66.0, .2, .3, .5, .8, .9, O68 [v], O69 [v], O75.5, .6, .7 oder .8 jeweils kombiniert mit O30 [v] oder O31.8	5-720 [w], 5-724, 5-725 [w], 5-727 [w], 5-728 [w], 5-729 [w], 5-732.5, 8-515 oder 9- 261	17	9,12	1.832,54	1.803,63	Zuschlag

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung	
						Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
16.042	Erlös für Beleghebammen					1.422,09	1.393,19	Zuschlag	
16.051	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt führt, ab dem 260. Schwangerschaftstag (ab 38. SSW)	Sectio, einschließlich bis zu 3 aufeinanderfolgenden Kalendertagen stationärer Versorgung vor dem Tag der Geburt	O10 [v], O11, O13, O14 [v], O15 [v], O16, O32.0 [c], .1 [c], .2 [c], .3 [c], .4 [c], .6 [c], .8 [c], .9 [c], O33 [v] [c], O34 [v] [c], O35 [v] [c], O36.0 [c], .1 [c], .2 [c], .3 [c], .4 [c], .5 [c], .6 [c], .8 [c], .9 [c], O40, O41 [v], O42 [y], O43 [v], O44 [v], O45 [v], O46 [v], O48, O62.0, .1, .2, .4, .8, .9, O63.0, .1, .9, O64 [v], O65 [v], O66.0, .2, .3, .5, .8, .9, O67 [v], O68 [v], O69 [v], O75.5, .6, .8, .9 oder O82	5-740 [w], 5-741 [w], 5-742 [w] oder 5-749 [w]	19	11,28	2.560,93	2.404,86	Zuschlag
16.051	Erlös für Beleghebammen					2.266,12	2.110,03	Zuschlag	
16.052	wie 16.051 bei Mehrlingen	O10 [v], O11, O13, O14 [v], O15 [v] oder O16 jeweils kombiniert mit O30 [v] oder O31.8; O30 [v] oder O31.8; O32.0 [c], .1 [c], .2 [c], .3 [c] oder .4 [c] jeweils kombiniert mit O30 [v] oder O31.8; O32.5 [c]; O32.6 [c], .8 [c], .9 [c], O33 [v] [c], O34 [v] [c], O35 [v] [c], O36.0 [c], .1 [c], .2 [c], .3 [c], .4 [c], .5 [c], .6 [c], .8 [c], .9 [c], O40, O41 [v], O42 [y], O43 [v], O44 [v], O45 [v], O46 [v], O48, O62.0, .1, .2, .4, .8, .9, O63 [v], O64 [v], O65 [v], O66.0, .1, .2, .3, .5, .8, .9, O67 [v], O68 [v], O69 [v], O75.5, .6, .8 oder .9 jeweils kombiniert mit O30 [v] oder O31.8	5-740 [w], 5-741 [w], 5-742 [w] oder 5-749 [w]	21	11,91	2.867,32	2.763,27	Zuschlag	

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition		ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung
							Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)
1	2		3	4	5	6	7	8	9
16.052	Erlös für Beleghebammen						2.375,94	2.271,89	Zuschlag
16.061	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines Frühgeborenen führt, ab dem 225. bis 259. Schwangerschaftstag (33. bis 37. SSW)	Vaginale Entbindung, einschließlich bis zu 3 aufeinanderfolgenden Kalendertagen stationärer Versorgung vor dem Tag der Geburt	O60	5-720 [w], 5-724, 5-725 [w], 5-727 [w], 5-728 [w], 5-729 [w], 5-732.2, .3, .4, 8-515, 9-260 oder 9-261	17	7,93	1.572,41	1.555,06	Zuschlag
16.061	Erlös für Beleghebammen						1.277,58	1.260,23	Zuschlag
16.062	wie 16.061 bei Mehrlingen		O60 kombiniert mit O30 [v], O31.8, O32.5 [c] oder O63.2	5-720 [w], 5-724, 5-725 [w], 5-727 [w], 5-728 [w], 5-729 [w], 5-732.5, 8-515 oder 9-261	18	9,44	1.901,91	1.878,79	Zuschlag
16.062	Erlös für Beleghebammen						1.549,28	1.526,16	Zuschlag
16.071	Schwangerschaft (auch Risikoschwangerschaft), die zur Geburt eines Frühgeborenen führt, ab dem 225. bis 259. Schwangerschaftstag (33. bis 37. SSW)	Sectio, einschließlich bis zu 3 aufeinanderfolgenden Kalendertagen stationärer Versorgung vor dem Tag der Geburt	O60	5-740 [w], 5-741 [w], 5-742 [w] oder 5-749 [w]	21	12,72	2.821,07	2.682,33	Zuschlag
16.071	Erlös für Beleghebammen						2.572,50	2.439,54	Zuschlag

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung	
						Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
16.072	wie 16.071 bei Mehrlingen	O60 kombiniert mit O30 [v], O31.8, O32.5 [c], O63.2 oder O66.1	5-740 [w], 5-741 [w], 5-742 [w] oder 5-749 [w]	21	12,66	2.896,23	2.774,83	Zuschlag	
16.072	Erlös für Beleghebammen					2.543,60	2.422,19	Zuschlag	
Gruppe 17: Operationen an den Bewegungsorganen									
17.011	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	Einbau einer Hüftgelenks- Totalendoprothese bei geschlossener Schenkelhalsfraktur, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z. B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen, jedoch nicht bei anschließender Weiterbehandlung in einer geriatrischen Abteilung**)	S72.0 [w] [f] oder .1 [w] [f]	5-820.0 [x] oder .2 [x]	20	12,00	4.850,17	4.665,19	Zuschlag
17.012	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.011 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit*) jedoch nicht bei Behandlung in einer geriatrischen Abteilung**); Mindestaufenthalt 5 Belegungstage	S72.0 [w] [f] oder .1 [w] [f] jeweils kombiniert mit Z48.8 oder Z96.6		14	7,45	1.121,49	1.121,49	5)
17.013	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	Einbau einer Hüftgelenks- Totalendoprothese bei geschlossener Schenkelhalsfraktur, Versorgung bis zur externen oder internen Verlegung in eine geriatrische Abteilung**), auch vor Abschluß der Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern)	S72.0 [w] [f] oder .1 [w] [f]	5-820.0 [x] oder .2 [x]	15	8,00	4.248,96	4.063,98	Zuschlag

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition		ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung
							Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)
1	2		3	4	5	6	7	8	9
17.021	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	Einbau einer Hüftkopf-/Schaftprothese bei geschlossener Schenkelhalsfraktur, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen; nicht abzurechnen bei anschließender Weiterbehandlung in einer geriatrischen Abteilung**)	S72.0 [w] [f] oder .1 [w] [f]	5-820.3 [x] oder .4 [x]	20	12,00	4.618,94	4.433,95	Zuschlag
17.022	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.021 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit*, jedoch nicht bei Behandlung in einer geriatrischen Abteilung**); Mindestaufenthalt 5 Belegungstage	S72.0 [w] [f] oder .1 [w] [f] jeweils kombiniert mit Z48.8 oder Z96.6		14	7,45	1.121,49	1.121,49	5)

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition		ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung
							Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)
1	2		3	4	5	6	7	8	9
17.023	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	Einbau einer Hüftkopf-/Schaftprothese bei geschlossener Schenkelhalsfraktur, Versorgung bis zur externen oder internen Verlegung in eine geriatrische Abteilung**), auch vor Abschluß der Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern)	S72.0 [w] [f] oder .1 [w] [f]	5-820.3 [x] oder .4 [x]	15	8,00	4.017,72	3.832,74	Zuschlag
17.03	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	Osteosynthetische Versorgung einer geschlossenen Schenkelhalsfraktur	S72.0 [w] [f]	5-790.0e, .1e, .2e, .5e, .7e, .8e, .9e, .xe, 5-793.1e, .4e, .5e, .ae, .8e, .9e, .ge, .xe, 5-794.0e, .3e, .4e, .ae, .7e, .8e, .ge oder .xe	31	18,39	4.659,41	4.485,98	Zuschlag
17.04	Pertrochantäre Oberschenkelfraktur, geschlossen	Osteosynthetische Versorgung einer pertrochantären Oberschenkelfraktur	S72.1 [w] [f]	5-790.0f, .1f, .2f, .3f, .4f, .5f, .7f, .8f, .9f, .xf, 5-793.1f, .2f, .3f, .4f, .5f, .af, .8f, .gf, .xf, 5-794.0f, .1f, .2f, .3f, .4f, .af, .7f, .gf oder .xf	30	18,90	4.642,07	4.474,42	
17.05	Sprunggelenksfraktur (Typ Weber B+C), geschlossen	Osteosynthetische Versorgung einer Sprunggelenksfraktur, Typ Weber B + C	S82.6 [f]	5-793.1p, .1r, .2p, .2r, .3p, .3r, .8p, .8r, .gr, .xp, .xr, 5-794.0p, .0r, .1p, .1r, .2p, .2r, .7p, .7r, .gr, .xp oder .xr	19	10,57	2.399,07	2.248,77	

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung	
						Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
17.061	Coxarthrose	Einbau einer Hüftgelenks- Totalendoprothese bei Coxarthrose, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen	M05.00, .05, .09, .30, .35, .39, .80, .85, .89, .90, .95, .99, M06.00, .05, .09, .10, .15, .19, .40, .45, .49, .80, .85, .89, .90, .95, .99, M08.00, .05, .09, .20, .25, .29, .3, .40, .45, .49, .80, .85, .89, .90, .95, .99, M09.00 [a], .05 [a], .09 [a], .10 [a], .15 [a], .19 [a], .20 [a], .25 [a], .29 [a], .80 [a], .85 [a], .89 [a], M12.00, .05, .09, M13.80, .85, .89, M15.3, .4, .8, .9, M16 [v], M87.00, .05, .09, .10, .15, .19, .20, .25, .29, .30, .35, .39, .80, .85, .89, .90, .95, .99, Q65.0, .1, .2, .3, .4, .5, .6, .8, T93.1 oder .2	5-820.0 [x] oder .2 [x]	20	12,00	7.000,66	6.786,77	Zuschlag
17.062	Coxarthrose	Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.061 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit*); Mindestaufenthalt 7 Belegungstage	M05.00, .05, .09, .30, .35, .39, .80, .85, .89, .90, .95, .99, M06.00, .05, .09, .10, .15, .19, .40, .45, .49, .80, .85, .89, .90, .95, .99, M08.00, .05, .09, .20, .25, .29, .3, .40, .45, .49, .80, .85, .89, .90, .95, .99, M09.00 [a], .05 [a], .09 [a], .10 [a], .15 [a], .19 [a], .20 [a], .25 [a], .29 [a], .80 [a], .85 [a], .89 [a], M12.00, .05, .09, M13.80, .85, .89, M15.3, .4, .8, .9, M16 [v], M87.00, .05, .09, .10, .15, .19, .20, .25, .29, .30, .35, .39, .80, .85, .89, .90, .95, .99, Q65.0, .1, .2, .3, .4, .5, .6, .8, T93.1 oder .2 jeweils kombiniert mit Z48.8 oder Z96.6		21	12,16	1.815,20	1.815,20	5)

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition		ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung
							Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anesthesist	Zuschlag 3)
1	2		3	4	5	6	7	8	9
17.071	Lockerung der Hüftgelenksprothese	Ersatz einer Endoprothese durch eine Hüftgelenks-Totalendoprothese, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z. B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen	T84.0 oder .5	5-821.12, .13, .14, .15, .1x, .26, .27, .28, .29, .3 [x], .4 [x], .5 [x] oder .6 [x]	21	14,00	7.376,43	7.145,19	Zuschlag
17.072	Lockerung der Hüftgelenksprothese	Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.071 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit*); Mindestaufenthalt 11 Belegungstage	T84.0 oder .5 jeweils kombiniert mit Z48.8 oder Z96.6		26	18,56	2.607,18	2.607,18	5)
17.08	Beginnende Coxarthrose, Hüftfehlstellung	Inter- oder subtrochantäre Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese	M05.00, .05, .09, .30, .35, .39, .80, .85, .89, .90, .95, .99, M06.00, .05, .09, .10, .15, .19, .40, .45, .49, .80, .85, .89, .90, .95, .99, M08.00, .05, .09, .20, .25, .29, .3, .40, .45, .49, .80, .85, .89, .90, .95, .99, M09.00 [a], .05 [a], .09 [a], .10 [a], .15 [a], .19 [a], .20 [a], .25 [a], .29 [a], .80 [a], .85 [a], .89 [a], M12.00, .05, .09, M13.80, .85, .89, M15.3, .4, .8, .9, M16 [v], M21.00, .05, .09, .10, .15, .19, .20, .25, .29, .80, .85, .89, .90, .95, .99, M91 [v], M92.9, M93.0, .2, .8, .9, Q65.0, .1, .2, .3, .4, .5, .6, .8, T93.1 oder .2	5-781.0f [e], .1f [e], .2f [e], .5f [e], .6f [e], .8f [e], .9f [e] oder .xf [e] jeweils kombiniert mit 5-786 [w] [e]	32	14,99	4.965,79	4.792,36	

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung
						Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
17.091	Gonarthrose Einbau einer Kniegelenks- Totalendoprothese, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z. B. Entfernung von Fäden/ Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß indikationsspezifischer Komplikationen	M05.00, .06, .09, .30, .36, .39, .80, .86, .89, .90, .96, .99, M06.00, .06, .09, .10, .16, .19, .40, .46, .49, .80, .86, .89, .90, .96, .99, M08.00, .06, .09, .20, .26, .29, .3, .40, .46, .49, .80, .86, .89, .90, .96, .99, M09.00 [a], .06 [a], .09 [a], .10 [a], .16 [a], .19 [a], .20 [a], .26 [a], .29 [a], .80 [a], .86 [a], .89 [a], M12.00, .06, .09, M13.80, .86, .89, M15.3, .4, .8, .9, M17 [v], T93.1 oder .2	5-822.1 [x], .2 [x], .3 [x], .4 [x], .6 [x], .7 [x] oder .9 [x]	21	12,00	8.983,51	8.792,75	Zuschlag
17.092	Gonarthrose Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.091 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit*); Mindestaufenthalt 7 Belegungstage	M05.00, .06, .09, .30, .36, .39, .80, .86, .89, .90, .96, .99, M06.00, .06, .09, .10, .16, .19, .40, .46, .49, .80, .86, .89, .90, .96, .99, M08.00, .06, .09, .20, .26, .29, .3, .40, .46, .49, .80, .86, .89, .90, .96, .99, M09.00 [a], .06 [a], .09 [a], .10 [a], .16 [a], .19 [a], .20 [a], .26 [a], .29 [a], .80 [a], .86 [a], .89 [a], M12.00, .06, .09, M13.80, .86, .89, M15.3, .4, .8, .9, M17 [v], T93.1 oder .2 jeweils kombiniert mit Z48.8 oder Z96.6		23	12,82	1.913,48	1.913,48	5)
17.101	Gonarthrose Einbau einer unikompartimentalen Kniegelenks-Schlittenprothese, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z. B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen	M05.00, .06, .09, .30, .36, .39, .80, .86, .89, .90, .96, .99, M06.00, .06, .09, .10, .16, .19, .40, .46, .49, .80, .86, .89, .90, .96, .99, M08.00, .06, .09, .20, .26, .29, .3, .40, .46, .49, .80, .86, .89, .90, .96, .99, M09.00 [a], .06 [a], .09 [a], .10 [a], .16 [a], .19 [a], .20 [a], .26 [a], .29 [a], .80 [a], .86 [a], .89 [a], M12.00, .06, .09, M13.80, .86, .89, M15.3, .4, .8, .9, M17 [v], T93.1 oder .2	5-822.0 [x]	22	12,00	4.630,49	4.497,53	Zuschlag

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung	
						Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
17.102	Gonarthrose	Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.101 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit*); Mindestaufenthalt 5 Belegungstage	M05.00, .06, .09, .30, .36, .39, .80, .86, .89, .90, .96, .99, M06.00, .06, .09, .10, .16, .19, .40, .46, .49, .80, .86, .89, .90, .96, .99, M08.00, .06, .09, .20, .26, .29, .3, .40, .46, .49, .80, .86, .89, .90, .96, .99, M09.00 [a], .06 [a], .09 [a], .10 [a], .16 [a], .19 [a], .20 [a], .26 [a], .29 [a], .80 [a], .86 [a], .89 [a], M12.00, .06, .09, M13.80, .86, .89, M15.3, .4, .8, .9, M17 [v], T93.1 oder .2 jeweils kombiniert mit Z48.8 oder Z96.6		16	8,32	1.046,34	1.046,34	5)
17.111	Lockerung der Kniegelenksprothese	Ersatz einer Endoprothese durch eine Kniegelenks-Totalendoprothese, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z. B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen	T84.0 oder .5	5-823.12, .13, .14, .15, .16, .17, .18, .2 [x], .3 [x] oder .4	22	14,00	8.272,47	8.035,45	Zuschlag
17.112	Lockerung der Kniegelenksprothese	Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.111 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit*); Mindestaufenthalt 10 Belegungstage	T84.0 oder .5 jeweils kombiniert mit Z48.8 oder Z96.6		27	17,40	2.173,61	2.173,61	5)
17.12	Hallux valgus, Hallux rigidus	Operation des Hallux valgus/rigidus durch Resektionsarthroplastik oder Umstellungsosteotomie	M20.1 oder .2	5-788.14 kombiniert mit 5-788.00 oder .01; 5-788.11, .23, .33, .30 oder .31	23	10,51	2.381,73	2.277,67	

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition		ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung
							Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)
1	2		3	4	5	6	7	8	9
17.13	Kreuzbandruptur	Kreuzbandplastik mit Implantat oder Transplantat bei Kreuzbandruptur	M23.50, .51, .52, .59, .60, .61, .62, .69, .80, .81, .82, .89 oder S83.5 [w]	5-803.0, .1, .2, .3, .4, .5, 5- 813.3, .4, .5, .6, .7 oder .8	41	14,94	4.127,56	3.954,13	
17.14	Zustand nach Osteosynthese	Entfernung von Platten und Marknägeln an großen Röhrenknochen (Femur, Tibia, Humerus)	S42.2 [w], .3, .4 [w], .7, .9, S72.0 [w], .1 [w], .2, .3, .4 [w], .7, .9, S82.1 [w], .2 [w], .3 [w], .5, .7, .8 [w], .9 oder Z47.0	5-787.31 [g], .32 [g], .33 [g], .3e [g], .3f [g], .3g [g], .3h [g], .3k [g], .3m [g], .3n [g], .41 [g], .43 [g], .4e [g], .4f [g], .4h [g], .4k [g], .4n [g], .51 [g], .53 [g], .5e [g], .5f [g], .5h [g], .5k [g], .5n [g], .62 [g], .6g [g], .6m [g], .7e [g], .7f [g], .7g [g], .82 [g], .8g [g] oder .8m [g]	14	6,03	1.745,83	1.664,89	

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer 1)	Verweil- dauer 2)	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung	
						Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Gruppe 18: Operationen an der Mamma									
18.01	Bösartiger Mammatumor	Brustdrüsen-Radikaloperation ohne Expandereinlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete), ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und musculocutane Lappen	C50 [v]	5-873 [z], 5-874.02, .03, .04, .0x, .12, .13, .14, .1x, .22, .23, .24 oder .2x	22	14,45	3.312,45	3.087,00	Zuschlag
18.02	Bösartiger Mammatumor	Brustdrüsen-Radikaloperation mit Expandereinlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete), ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und musculocutane Lappen	C50 [v]	5-873 [z], 5-874.02, .03, .04, .0x, .12, .13, .14, .1x, .22, .23, .24 oder .2x jeweils kombiniert mit 5-889.50	22	14,45	3.884,76	3.659,30	Zuschlag
18.03	Bösartiger Mammatumor	Brusterhaltende Operation eines bösartigen Tumors mit regionaler Lymphknotenausräumung, ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und musculocutane Lappen	C50 [v]	5-871 [w]	23	13,51	2.954,03	2.774,83	Zuschlag

Erläuterung der Fußnoten

- 1) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag
- 2) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer
- 3) Für alle Entgelte der landesweiten Auswertung ab 01.01.2003 gemäß Landesregelung; 5,72 €;
Der Zuschlag ist für jeden zu dokumentierenden Krankenhausfall mit der Rechnung an das Krankenhaus zu zahlen.
- 4) Grundsätzlich kein Zuschlag abrechenbar, Ausnahme: Mehrlingsgeburten
- 5) Bei B-Pauschalen kein Zuschlag abrechenbar. Dokumentation führt Krankenhaus der A-Pauschale

Erlösbeträge der Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung (Pflegesatzzeitraum 2003)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-10-SGB V Version 2.0	OPS-301 Version 2.0	Grenz- verweil- dauer	Verweil- dauer	Erlösbeträge bei belegärztlicher Versorgung inkl. 1,1 % Instandhaltung		Qualitäts- sicherung
				1)	2)	Belegoperateur	zusätzlich Beleg- anästhesist	Zuschlag 3)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

[a] Es handelt sich um einen Stern-Kode, der eine Kombination mit einem führenden Kreuz-Kode benötigt.

[b] Für Multilokalisation ist D25.9 zu verwenden

[c] Nur vorstellbar bei längerem stationärem Aufenthalt durchgängig bis zu einer Entbindung

[d] Nur in Kombination mit einem weiteren Kode anwendbar

[e] Nicht jedes Verfahren ist an jeder Stelle durchführbar

[f]

Im Unterschied zu der Systematik der ICD-10-SGB-V Version 1.3 ist die Differenzierung der offenen und geschlossenen Frakturen in der ICD-Version 2.0 nicht länger über die 5-te Stelle abbildbar. Die offene Fraktur wird mit einem zusätzlichen Kode verschlüsselt und ist nicht Gegenstand dieses Entgeltes.

[g] Bereichsübergreifende Osteosynthesematerialien sollen an der Lokalisation mit dem größten Anteil kodiert werden.

[v] Es gelten alle 4-Steller dieses Kodes

[w] Es gelten alle 5-Steller dieses Kodes

[x] Es gelten alle 6-Steller dieses Kodes

[y] Es gelten alle 5-Steller dieses Kodes sowie, falls vorhanden, alle 4-Steller

[z] Es gelten alle 6-Steller dieses Kodes sowie, falls vorhanden, alle 5-Steller

*) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff SGB V und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit)

**) Akutgeriatrie gem. Krankenhausplan/Vertrag nach § 109 SGB V