KALKULATION VON
BEHANDLUNGSKOSTEN

Handbuch zur Kalkulation psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen
in Einrichtungen gem. § 17d KHG

Version 1.0
16. November 2010
Impressum

© 2010 Copyright:
Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
Verband der privaten Krankenversicherung (PKV)

Die Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, ist nur mit Quellenangabe und in unveränderter Form gestattet. Alle übrigen Rechte bleiben vorbehalten.
## Inhaltsverzeichnis

Orientierung beim Lesen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kapitel</th>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>VORWORT</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. MANAGEMENT SUMMARY</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>2. EINFÜHRUNG</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1 Grundsätze der Kalkulationsmethodik</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2 Voraussetzungen für die Ermittlung der Kosten</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3 Übersicht über die zentralen Kalkulationsschritte</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>2.4 Inhalt und Aufbau des Kalkulationshandbuchs</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>3. ANWENDUNGSBEREICH DER KALKULATION</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1 Relevanter Leistungsumfang</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2 Relevante Behandlungsfälle</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3 Relevanter Kostenumfang</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4 Bezugszeitraum</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>4. VORBEREITUNG DER KALKULATIONSGRUNDLAGE</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1 Aufbereitung der für die Kalkulation benötigten Daten</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1.1 Fall- und tagesbezogene Daten</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1.1.1 Medizinische Dokumentation</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1.1.2 Leistungsdaten</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1.2 Kostendaten</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1.2.1 Abgleich der Kalkulationsgrundlage</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1.2.2 Kostenarten- und Kostenstellenglieder</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1.2.3 Einzel- und Gemeinkostenzurechnung</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1.3 Verrechnungsschlüssel für die Kostenstellenverrechnung</td>
<td>34</td>
</tr>
</tbody>
</table>
4.2 Personalkostenverrechnung ................................................................. 34
4.3 Ermittlung der kalkulationsrelevanten Leistungen .................................... 41
4.4 Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten ........................................ 43
  4.4.1 Arbeiten im Rahmen der Kostenartenrechnung ..................................... 44
    4.4.1.1 Grundsätze für die Ausgliederung nicht kalkulationsrelevanter Aufwandsarten .... 44
    4.4.1.2 Periodenfremde und außerordentliche Aufwendungen ................................. 44
    4.4.1.3 Rückstellungen .................................................................................. 46
    4.4.1.4 Nicht kalkulationsrelevante Aufwandsarten ............................................. 47
  4.4.2 Arbeiten im Rahmen der Kostenstellenrechnung ...................................... 52
    4.4.2.1 Definition von Kostenstellenkategorien ..................................................... 52
    4.4.2.2 Zuordnung von Kostenstellen zu den Kostenstellenkategorien ......................... 54
    4.4.2.3 Grundsätze für die Ausgliederung nicht kalkulationsrelevanter Aufwendungen auf gemischten Kostenstellen ................................................................. 57
  4.4.3 Beispiele für die Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten auf Kostenstellenebene ................................................................. 60
    4.4.3.1 Ambulante Leistungen ................................................................. 60
    4.4.3.2 Leistungen gemäß § 17b KHG (DRG) ..................................................... 61
    4.4.3.3 Forschung und Lehre ......................................................................... 63
    4.4.3.4 Ergänzende Leistungsbereiche ................................................................. 65
    4.4.3.5 Ausbildung in akademischen Lehrkrankenhäusern ...................................... 66
    4.4.3.6 Leistungen an Dritte ................................................................. 67
    4.4.3.7 Personalgestellung an Dritte ................................................................. 69
    4.4.3.8 Speisenversorgung ................................................................. 70
    4.4.3.9 Leistungen der Nebenbetriebe ................................................................. 72
    4.4.3.10 Vermietung und Verpachtung ............................................................... 72
  4.4.4 Ausgliederung der Aufwendungen für Ausbildungsstätten und Ausbildungsmehrvergütungen ................................................................. 73
4.5 Checkliste zum 4. Kapitel ......................................................................... 79
5. KOSTENSTELLENVERRECHNUNG .............................................................. 82
  5.1 Vorbereitende Arbeiten ......................................................................... 83
    5.1.1 Einrichtung von Kostenartengruppen ...................................................... 83
    5.1.2 Entlastung von Sammelkostenstellen ...................................................... 86
5.1.3 Verdichtung von indirekten und abgegrenzten Kostenstellen ................................. 89

5.2 Innerbetriebliche Leistungsverrechnung ............................................................... 90
   5.2.1 Anwendbare Verrechnungsverfahren ............................................................... 90
   5.2.2 Umlage mit Hilfe von Verrechnungsschlüsseln ............................................... 92

5.3 Ausgliederung von abzugrenzenden Kostenstellen .............................................. 97

5.4 Verdichtung der Kostenarten zu Kostenartengruppen ......................................... 98

5.5 Checkliste zum 5. Kapitel ................................................................................. 100

6. KOSTENTRÄGERRECHNUNG ................................................................................. 103
   6.1 Anzuwendende Kalkulationsverfahren ............................................................... 104
      6.1.1 Einzelkostenzuordnung ................................................................................. 104
      6.1.1.1 Allgemeine Kalkulationsrichtlinien .............................................................. 104
      6.1.1.2 Besondere Hinweise zu einzelnen Artikelgruppen ........................................ 109
      6.1.1.3 Prüfung der durchgeführten Arbeiten ......................................................... 111
      6.1.2 Gemeinkostenzurechnung .......................................................................... 111
         6.1.2.1 Gewichtete Bezugsgrößenkalkulation ........................................................ 112
         6.1.2.2 Ungewichtete Bezugsgrößenkalkulation ..................................................... 114

6.2 Differenzierung der Kostenstellenglieder ............................................................ 116
   6.2.1 Zuordnung der direkten Kostenstellen zu Kostenstellengruppen ....................... 116
   6.2.2 Bildung leistungshomogener Kostenstellen ..................................................... 119

6.3 Anforderungen an die Leistungsdokumentation ................................................... 126

6.4 Durchführung der Kostenträgerrechnung ............................................................. 129
   6.4.1 Tages- und Fallbezug ....................................................................................... 130
   6.4.2 Kalkulationsverfahren für definierte Kostenstellengruppen .............................. 131
   6.4.3 Station ............................................................................................................. 134
   6.4.4 Psychotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Andere Therapie ........... 145
   6.4.5 Kardiologische Diagnostik/Therapie, endoskopische Diagnostik/Therapie, Radiologie, übrige diagnostische/therapeutische Bereiche ........................................... 156
   6.4.6 Laboratorien .................................................................................................... 161

6.5 Verdichtung der Kostendaten zu Kostenmodulen ................................................. 165
6.6 Checkliste zum 6. Kapitel

7. DATENÜBERMITTLUNG

ANLAGEN

Anlage 1.1 PSY: Übersicht über die Kalkulationsschritte zur Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten

Anlage 1.2 PSY: Checkliste – Zentrale Arbeitsschritte zur Ermittlung der Kosten

Anlage 2 PSY: Übersicht der Abgrenzungstatbestände

Anlage 3 PSY: Kostenstellen der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur

Anlage 4.1 PSY: Zuordnung von Kostenarten zu Kostenartengruppen

Anlage 4.2 PSY: Zuordnung von Kostenartengruppen zu Kostenarten

Anlage 5 PSY: Übersicht über die für die Kostenträgerrechnung benötigten Kosten- und Leistungsdaten

Anlage 6 PSY: Zuordnung von Kostenstellen zu Kostenstellengruppen

Anlage 7 PSY: Kostenstellengliederung (gemäß KHBV, erweiterte Mindestanforderung, empfohlene Gliederung)

Anlage 8 PSY: IBLV-Verrechnungsschlüssel (Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur)

Anlage 9 PSY: IBLV-Verrechnungsschlüssel (Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur)

Anlage 10 PSY: Artikelliste für die Einzelkostenzuordnung

Anlage 12 PSY: Zuordnung von Berufen zu den Kostenartengruppen 2 sowie 3 bis 3c

Anlage 13 PSY: Beispiele für Modelle der Betreuungsintensität im Bereich Station

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

STICHWORTVERZEICHNIS
Orientierung beim Lesen

Im vorliegenden Kalkulationshandbuch werden die methodischen Grundlagen durch Hinweise und Beispiele weitgehend erläutert. Im Sinne eines Handbuchs werden nach den methodischen Ausführungen die wesentlichen Arbeitsschritte als Hilfe zur konkreten Anwendung dargestellt. Für Hinweise, Beispiele und Arbeitsschritte sind folgende Symbole gewählt:

- Hinweise
- Beispiele
- Arbeitsschritte
- Dokumentationsanforderung

Für alle weiteren Aufzählungen im allgemeinen Text wird das folgende Zeichen verwendet:

- Aufzählungen
VORWORT

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17.03.2009 wurden die Selbstverwaltungspartner beauftragt, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten zu entwickeln. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können.

Die vielfältigen Aufgaben zur Systementwicklungen stellen für alle Beteiligten eine besondere Herausforderung dar. Die Vertragspartner waren sich daher bereits in ihrer Grundlagenvereinbarung vom 17.11.2009 einig, dass für die grundlegende Neuentwicklung dieses Systems dem Grundprinzip des „lernenden Systems“ eine besondere Bedeutung kommt. Dies betrifft nicht nur die Entwicklung von geeigneten klassifikatorischen Merkmalen, sondern ebenso die Methodik zur Kalkulation der für die Systementwicklung erforderlichen Kostendaten.


Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV)
Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)
1. Management Summary

Zweck der Kalkulation


Methodische Grundsätze


Vorgehensweise


Anhand der zwischen den Kostenstellen bestehenden Leistungsverflechtungen werden im Zuge der Innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (IBLV) die Kosten der „indirekten“ Kostenstellen (erbringen keine Leistungen am
Patienten) auf die „direkten“ Kostenstellen (Leistungserbringung unmittelbar für Patienten) verteilt. Für dieses Verfahren gibt das Kalkulationsschema einheitlich anzuwendende Verrechnungsschlüssel vor (s. Anlagen 8 und 9).

Anschließend werden die Kosten der direkten Kostenstellen im Rahmen der Kostenträgerrechnung den Patienten zugeordnet, die Leistungen dieser Kostenstellen in Anspruch genommen haben. Einzelkosten für teure Sachgüter werden entsprechend der patientenbezogenen Verbrauchsdocumentation zurechnet. Für die Gemeinkosten werden Kalkulationssätze je Leistungseinheit für die nach Kostenarten vorgegebenen Bezugsgrößen berechnet.

Die im Ergebnis kalkulierten Behandlungskosten werden in einer einheitlichen modularen Struktur aufbereitet. Die einzelnen Kostenmodule sind sowohl durch einen Kostenarten- als auch einen Kostenstellenbezug definiert. Daraus ergibt sich eine Matrixstruktur der Kosten, die in Anlage 5 wiedergegeben ist.

**Anforderungen an die Krankenhäuser**

Die aus dem Kalkulationsschema resultierenden Anforderungen an Qualität und Vollständigkeit der für die Kalkulation benötigten Daten sind aus einer vom InEK aufgestellten Checkliste erkennbar.

Krankenhäuser sollten danach insbesondere im Bereich EDV eine separate Datenumgebung für die Kalkulation einrichten sowie über EDV-gestützte Kosten- und Leistungsdaten verfügen.

Finanzbuchhaltung und Kostenrechnung müssen in der Lage sein, Informationen zur Abgrenzung nicht kalkulationsrelevanter Aufwendungen sowie Verrechnungsschlüssel zur Durchführung der Innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (IBLV) zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus ist die Kostenstellenrechnung auf die erweiterte Anforderung auf Basis der KHBV auszurichten.

Aus der Dokumentation der Kalkulationsarbeiten muss insbesondere die Ableitung der Kalkulationsgrundlage aus dem testierten Jahresabschluss, die Abgrenzungen nicht kalkulationsrelevanter Aufwendungen und Leistungen sowie die Vorgehensweise bei der Einzel- und Gemeinkostenzurechnung auf den Kostenträger (patientenbezogene Leistungsdokumentation, Kostendaten) hervorgehen.
2. EINFÜHRUNG

2.1 Grundsätze der Kalkulationsmethodik

Kalkulatorischer Ansatz

Das Kalkulationsschema beschreibt eine Kostenträgerrechnung, die dem Kostenträger „Behandlungstag eines Behandlungsfalles“ Kosten zurechnet.

Die Kalkulation der Behandlungskosten erfolgt nach einem Vollkostenansatz auf Istkostenbasis für alle zu kalkulierenden Patienten. Der zugrunde liegende Kostenbegriff leitet sich aus dem anzuwendenden Krankenhausleistungsrecht ab und beinhaltet den bewerteten sachzielbezogenen Güterverbrauch zu Anschaffungspreisen.

Hinsichtlich des Bezugszeitraums der Kalkulation gilt das „Prinzip der zeitlichen Kongruenz“, d.h. die für die Kostenträgerrechnung verwendeten Kosten- und Leistungsinformationen müssen stets dem gleichen Datenjahr (Kalenderjahr, aus dem die verwendeten Daten stammen) entstammen.


Anwendungsbereich


Datengrundlage

Für die Kalkulation werden sowohl fall- und tagesbezogene Daten als auch Kostendaten benötigt.

Bezogen auf den einzelnen Behandlungsfall sind medizinische Informationen (Diagnosen, erbrachte Prozeduren), weitere Fallinformationen wie Patientenmerkmale oder Art der Versorgung sowie tagesbezogene Leistungsinformationen (Dokumentation erbrachter Einzelleistungen wie z.B. Therapieeinheiten, Art und Anzahl diagnostischer Leistungen, Sachmittelverbrauch) erforderlich.

Bei den Kostendaten stellen die gemäß KHBV gegliederten Aufwandsarten in der Finanzbuchhaltung den Ausgangspunkt der Kalkulation dar. Darauf aufbauend weist die Kostenstellenrechnung die Kostenarten je Kostenstelle aus, wobei der Kostenstellenplan am Kostenstellenrahmen der KHBV ausge-
richtet sein und eine darüber hinausgehende vorgegebene Mindestdifferenzierung aufweisen muss.

Für die IBLV werden vorgegebene Verrechnungsschlüssel benötigt, die eine verursachungsgerechte Kostenverrechnung zwischen den Kostenstellen ermöglichen.

**Datenaufbereitung**


**Datenbereitstellung**

In Ergänzung zu der vorgegebenen Datensatzstruktur gemäß § 21 KHEntgG werden zu jedem Falldatensatz die errechneten Kosten in modularer Gliederung bereitgestellt.

Über diese „reguläre“ Datenlieferung hinaus verpflichten sich die Kalkulationskrankenhäuser, ergänzende fallbezogene Daten bereitzustellen, deren Umfang und Struktur durch das InEK vorgegeben werden.

Neben den fallbezogenen Daten übermitteln die Kalkulationskrankenhäuser dem InEK zu Prüfzwecken Informationen zu der verwendeten Kalkulationsgrundlage.

## 2.2 Voraussetzungen für die Ermittlung der Kosten

An der Ermittlung der Kosten können alle Krankenhäuser teilnehmen, die dem Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegen. Im Hinblick auf eine erfolgreiche Teilnahme an der Kostenkalkulation sollten die Krankenhäuser die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen:

**EDV-Anforderungen**

- Möglichkeit zur Einrichtung einer separaten Datenumgebung neben dem Produktivsystem, sodass in einem separaten, für die Kalkulation eingerichteten Buchungskreis Buchungen unabhängig vom Produktivsystem der Finanzbuchhaltung vorgenommen werden können.
- EDV-gestützte Kostenartenrechnung, welche die Vorgaben der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) erfüllt. Im Hin-
blick auf die Vorgaben zur Einzelkostenzurechnung muss die Einrichtung weiterer Kostenarten möglich sein.


- Vorliegen einer EDV-gestützten Kostenträgerrechnung im Rahmen des Krankenhausinformationssystems.

- Einsatz EDV-gestützter Leistungserfassungssysteme bei den direkten Kostenstellen (im Rahmen des Krankenhausinformationssystems, ggf. auch Inselösungen) als Grundlage einer verursachungsge-rechten und tagesbezogenen Zuordnung der Kosten zu den leistungsempfängenden Patienten.

- Fähigkeit zur Bereitstellung von fall- und tagesbezogenen Datensätzen durch das Krankenhausinformationssystem unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 301 SGB V und des § 21 KHEntgG (Datensatz). Im Datensatz sind alle erforderlichen Informationen für die Datenübermittlung zusammengefasst. Die Struktur des Datensatzes (aktueller Stand) finden Sie auf der Homepage des InEK (www.g-drg.de). Diese Datensatzbeschreibung liefert umfassend die benötigten Angaben für die fallbezogenen und krankenhausbezogenen Daten. Weiterhin sind Kodelisten und Hinweise sowie Informationen über Datenformat, Dateien und Übermittlung aufgeführt. Kap. 7 „Datenübermittlung“ zeigt die für eine tagesbezogene Kalkulation zwingend notwendige Erweiterung der Datei „Kosten“ um das Datenfeld „Pflegetag“.

Anforderungen an Informationen der Finanzbuchhaltung

- Vorhandensein von Informationen im Rahmen der Finanzbuchhaltung und/oder Kostenrechnung, die eine Ausgliederung von nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen ermöglichen.

Anforderungen an Informationen der Kostenrechnung

- Vorliegen einer geeigneten Datenbasis für definierte Verrechnungs- schlüssel zur Durchführung der innerbetrieblichen Leistungsver-rechnung (IBLV).

- Der Kostenstellenplan muss sich an der Gliederung der KHBV orientieren und eine vorgegebene Mindestdifferenzierung aufweisen. Die grundlegenden Kriterien der Kostenstellenbildung (einheitlicher Verantwortungsbereich, einheitliche Maßgrößen der Kostenverursa-chung, räumlich abgetrennter Bereich) müssen berücksichtigt sein.
Anforderungen an die Dokumentation

- Die teilnehmenden Krankenhäuser sind verpflichtet, die zur Ermittlung der Kosten erforderlichen Arbeiten im Einzelnen nach den Vorgaben dieses Handbuchs zu dokumentieren.

- Insbesondere muss die Summe der in der Kostenartenrechnung ausgewiesenen Aufwendungen mit der Summe der entsprechenden Aufwandsarten in der Gewinn- und Verlustrechnung des testierten Jahresabschlusses übereinstimmen.

- Weiterhin müssen alle Ausgliederungen nicht kalkulationsrelevanter Aufwendungen und nicht kalkulationsrelevanter Leistungen lückenlos nachvollziehbar sein.


Die folgende Tabelle stellt die Dokumentationsanforderungen in Bezug auf die Kostenkalkulation zusammen. Die Dokumentation ist auf Anforderung in ihrer Gesamtheit oder in Teilen dem InEK zur Verfügung zu stellen.
### Tabelle 1: Dokumentationsanforderungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Phase</th>
<th>Nr.</th>
<th>Kapitel</th>
<th>Beschreibung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>3.2</td>
<td>Dokumentation der in die Kalkulation einbezogenen Patienten (Differenzierung nach Versorgungsart)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>4.1.2.1</td>
<td>Kopie der Gewinn- und Verlustrechnung des letzten testierten Jahresabschlusses und eine Kopie der letzten Summen- und Saldenliste</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>4.1.2.1</td>
<td>Summen- und Saldenliste der Kostenstellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>4.1.2.1</td>
<td>Dokumentation der Buchungen auf die eingerichteten Ausgleichskonten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>4.1.2.2</td>
<td>Kopie des Kontenplans und des Kostenstellenplans</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>4.2</td>
<td>Dokumentation der Vorgehensweise bei der Personalkostenverrechnung (einbezogene Kostenstellen, Grundlagen der Kostenverteilung wie Dienstpläne, Schätzungen etc., verrechnetes Kostenvolumen)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>4.3</td>
<td>Dokumentation der von den nicht kalkulationsrelevanten Leistungen bereinigten Leistungsstatistik jeder direkten Kostenstelle</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>4.4.1.2</td>
<td>Dokumentation der Abgrenzung der periodenfremden und außerordentlichen Aufwendungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>4.4.1.3</td>
<td>Dokumentation der Abgrenzung von nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen aus der Zuführung zu Rückstellungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td>4.4.1.4</td>
<td>Dokumentation der Abgrenzung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td>4.4.2.1</td>
<td>Kopie des Kostenstellenplans mit einer Kennzeichnung der direkten, indirekten, abzugrenzenden und gemischten Kostenstellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td>4.4.2.3</td>
<td>Dokumentation der Vorgehensweise bei der Ausgliederung nicht kalkulationsrelevanter Aufwendungen auf gemischten Kostenstellen (verwendete Daten und Unterlagen, festgestellter nicht kalkulationsrelevanter Leistungsanteil, abgegrenztes Kostenvolumen)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td>4.4.2.3</td>
<td>Ggf. Dokumentation der Vorgehensweise bei der Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen für Forschung und Lehre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.</td>
<td>4.4.4</td>
<td>Ggf. Dokumentation der Vorgehensweise bei der Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Phase</td>
<td>Nr.</td>
<td>Kapitel</td>
<td>Beschreibung</td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>-----</td>
<td>---------</td>
<td>--------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>15.</td>
<td>5.1.1</td>
<td>Kopie des Kontenplans mit Angabe der jeder Kostenart zugeordneten Kostenartengruppe</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>16.</td>
<td>5.1.2</td>
<td>Dokumentation der Vorgehensweise bei der Entlastung von Sammelkostenstellen (einbezogene Kostenstellen, Grundlagen der Kostenverteilung, verrechnetes Kostenvolumen)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>17.</td>
<td>5.1.3</td>
<td>Ggf. Dokumentation von eingerichteten Verdichtungskostenstellen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18.</td>
<td>5.2.2</td>
<td>Summen- und Saldenliste der Kostenstellen vor und nach der Durchführung der Kostenstellenverrechnung über IBLV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>19.</td>
<td>5.2.2</td>
<td>Aufstellung der für die einzelnen indirekten Kostenstellen verwendeten Verrechnungsschlüssel</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>20.</td>
<td>5.3</td>
<td>Summen- und Saldenliste der abzugrenzenden Kostenstellen jeweils vor und nach der Entlastung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>21.</td>
<td>6.1</td>
<td>Dokumentation der Vorgehensweise bei der Einzelkostenzurechnung (einbezogene Artikel/Artikelgruppen, den Patienten zugerechnetes Kostenvolumen, Entlastungsvolumen der Kostenstellen, Verbrauchsdocumentationen, ggf. angewendete KVMs)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>22.</td>
<td>6.2</td>
<td>Kopie des Kostenstellenplans mit Angabe der jeder direkten Kostenstelle zugeordneten Kostenstellengruppe</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>23.</td>
<td>6.4</td>
<td>Dokumentation der Kalkulationsverfahren je Kostenstelle (Statistiken zu den verwendeten Bezugsgrößen, wie dienstortbezogene Summe gewichteter Pflegetage, dienstortbezogene Summe Leistungszeiten oder Leistungspunkte, beifügen)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2.3 Übersicht über die zentralen Kalkulationsschritte

Das vorliegende Handbuch schildert detailliert die für die Ermittlung der Kosten erforderlichen Arbeitsschritte. Das nachfolgende Ablaufdiagramm zeigt im Überblick die methodische Vorgehensweise bei der Kalkulation (vgl. auch Anlage 1.1).

Abbildung 1: Übersicht der Kalkulationsschritte zur Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten

Die folgenden Kalkulationsschritte stellen die zentrale Bedeutung und den umfangreichsten Arbeitsanteil an der in den Kapiteln 4 bis 6 beschriebenen Kalkulation der Kosten dar:
Überblick über die zentralen Kalkulationsschritte

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schritt</th>
<th>Kapitel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aufbereitung der für die Kalkulation benötigten Daten</td>
<td>4.1</td>
</tr>
<tr>
<td>(fall- und tagesbezogene Daten, Kostendaten, IBLV-Verrechnungsschlüssel)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Personalkostenverrechnung</td>
<td>4.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ermittlung der kalkulationsrelevanten Leistungen</td>
<td>4.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten: Arbeiten im Rahmen der Kostenarten- und Kostenstellenrechnung</td>
<td>4.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenstellenverrechnung</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Differenzierung der Kostenstellengliederung</td>
<td>6.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchführung der Kostenträgerrechnung (Einzelkosten und Gemeinkosten)</td>
<td>6.4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2.4  Inhalt und Aufbau des Kalkulationshandbuchs

Inhaltlich ist das Kalkulationshandbuch wie folgt gegliedert:

**Kapitel 1** besteht aus der Management Summary.

In **Kapitel 2** werden die Grundsätze der Kalkulationsmethodik kurz skizziert. Weiterhin werden die grundlegenden Voraussetzungen für die kalkulierenden Krankenhäuser geschildert, die sich insbesondere auf den Ausbaustand der Kosten- und Leistungsrechnung und des EDV-Systems beziehen.

Das **Kapitel 3** beschreibt den Anwendungsbereich der Kalkulation und grenzt damit den für die Kalkulation relevanten Kosten- und Leistungsumfang aus dem Gesamtspektrum der Leistungen und Kosten eines Krankenhauses ab.

kalkulationsrelevanten Kosten auf Kostenstellenebene anhand zahlreicher Beispiele schon ein Bezug zur Kostenstellenrechnung geknüpft wird.

**Kapitel 5** beinhaltet die Kostenstellenverrechnung. Im Zuge der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (IBLV) werden die Kosten der indirekten Kostenstellen auf die direkten Kostenstellen verteilt. Mit Abschluss der Kostenstellenverrechnung und Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Kostenanteile liegen die Kalkulationsdaten in der für die Kostenträgerrechnung benötigten Struktur vor.

Das **Kapitel 6** besteht aus der Kostenträgerrechnung. Es enthält die Regeln zur fall- und tagesbezogenen Kostenzuordnung. Hierunter fallen die direkte Zuordnung von Einzelkosten sowie die Wahl der Bezugsschwerpunkte zur Berechnung der Kalkulationssätze für die Verteilung der Gemeinkosten auf die Kostenträger.

**Kapitel 7** geht abschließend auf die Datenübermittlung und dabei zu beachtende Punkte ein.

Zum Aufbau des Kalkulationshandbuchs sei Folgendes angemerkt:


Die methodischen Grundlagen werden dem Leser durch Hinweise und Beispiele weitgehend erläutert. Im Sinne eines Handbuchs werden nach den methodischen Ausführungen die wesentlichen Arbeitsschritte als Hilfe zur konkreten Anwendung dargestellt. Die Arbeitsschritte beinhalten sich nach den jeweiligen Ausführungen in den einzelnen Unterkapiteln und werden abschließend in der Checkliste zusammengefasst und umfassend dargestellt.
3. ANWENDUNGSBEREICH DER KALKULATION

3.1 Relevanter Leistungsumfang


Leistungen der vor- und nachstationären Behandlungsphase werden bei der Kalkulation der Behandlungskosten nicht berücksichtigt. Die auf rein vorstationäre Leistungen nach § 115a SGB V entfallenden Kosten werden kalkuliert und dem InEK zu Plausibilitätszwecken übermittelt.


### Tabelle 2: Kalkulationsrelevanz von Krankenhausleistungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Krankenhausleistung</th>
<th>kalkulations-relevant</th>
<th>Nicht kalkulations-relevant</th>
<th>Übermittlung Kostendaten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vollstationäre Leistung</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Teilstationäre Leistung</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Behandlungsleistungen für &quot;Studienpatienten&quot;</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rein vorstationäre Leistungen nach § 115a SGB V</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wahlleistungen</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Begleitpersonen mit medizinisch begründeter Aufnahme</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gabe von Faktorpräparaten für Bluterpatienten</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen für Ausbildungstaten</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vor- und nachstationäre Leistung</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen für Fälle in besonderen Einrichtungen gem. § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen und besondere Aufgaben gem. § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG, die nicht in das pauschalierende Vergütungssystem einbezogen werden</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen, die in Einrichtungen gemäß § 17b Abs. 1 KHG erbracht werden</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Leistungen (auch Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanen nach § 118 SGB V)</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen für Rehabilitationseinrichtungen gem. § 111 SGB V</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Begleitpersonen, Aufnahme nicht medizinisch begründet</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen für ausländische Patienten. Alle drei nachfolgende Kriterien müssen zutreffen:</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Der Wohnort des Patienten liegt außerhalb Deutschlands.</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Der Patient ist nicht deutscher Staatsbürger.</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Der Patient ist kein Notfallpatient</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


**Arbeitsschritt:**

☐ Prüfen Sie die in Ihrem Krankenhaus erbrachten Leistungen auf Kalkulationsrelevanz. Stellen Sie sicher, dass Sie über geeignete Informationen zur Bereinigung der Leistungsstatistiken um nicht kalkulationsrelevante Leistungen verfügen.
3.2 Relevante Behandlungsfälle


Beispiele:

- Ein Patient wurde nach Beendigung des stationären Aufenthalts im Rahmen der persönlichen Ermächtigung des Chefarztes ambulant weiterbehandelt. In der Kostenträgerrechnung werden dem Fall nur Kosten zugeordnet, die in Zusammenhang mit Leistungen während des stationären Aufenthalts entstanden sind.

- Während seines stationären Aufenthalts wurde ein Patient für einige Tage in eine somatische Einrichtung (Einrichtung gem. § 17b KHG) verlegt. Die in dieser Einrichtung erbrachten Leistungen gehen nicht in die Kostenträgerrechnung ein.

- Ein Patient wurde in einem Leistungsbereich des Krankenhauses behandelt, der als Besondere Einrichtung gemäß § 17b Abs. 1 S. 15 KHG dem KHEntgG unterliegt. Die Leistungen und Kosten des Behandlungsaufenthalts werden im Rahmen der Kalkulation nicht berücksichtigt.

Hinweise:

Vorstationär behandelte Patienten, die anschließend nicht vollstationär im Krankenhaus behandelt werden, sind im Rahmen der Ermittlung der Kosten als eigene Fälle zu kalkulieren. Sie werden im Datensatz entsprechend gekennzeichnet.

Die Behandlung ausländischer Patienten ist nur dann nicht kalkulationsrelevant, wenn alle nachstehenden Bedingungen erfüllt sind:

1. Der Wohnort des Patienten liegt außerhalb Deutschlands,
2. der Patient ist nicht deutscher Staatsbürger,
3. der Patient ist kein Notfallpatient.

Bei Vorliegen dieser Bedingungen sind die Behandlungskosten des Falles als nicht kalkulationsrelevant auszugliedern.

Beispiele:

Ein Arbeitnehmer mit ausländischer Staatsangehörigkeit, der in Deutschland krankenversichert ist und in Deutschland wohnt, lässt sich wegen einer Depression behandeln. Der Fall ist kalkulationsrelevant, da er die Bedingung 1 nicht erfüllt.

Ein Urlauber aus Österreich wird in Deutschland mit den Symptomen einer Panikattacke, die im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsreaktion auftreten, in eine psychiatrische Klinik eingeliefert. Der Fall ist kalkulationsrelevant. Der Patient erfüllt zwar die Bedingungen 1 und 2, nicht aber Bedingung 3.

Ein ausländischer Staatsbürger lässt sich in Deutschland wegen einer Essstörung behandeln. Es handelt sich um einen elektiven Patienten. Der Patient erfüllt alle drei Bedingungen und ist damit nicht kalkulationsrelevant.

Für Begleitpersonen, deren Mitaufnahme aus medizinischen Gründen erfolgt, sind eigene Falldatensätze anzulegen (vgl. auch Kap. 6.4.3).

Arbeitsschritte:

- Bereinigen Sie die Patientendatenbank vor Durchführung der Kosten trägerrechnung um Patienten, die während ihres Krankenhausaufenthalts keine kalkulationsrelevanten Leistungen empfangen haben.
- Prüfen Sie die Patientendatenbank auf nicht valide Falldatensätze und im Rahmen der Fallzusammenführung nicht abgerechnete Fälle. Bereinigen Sie die Patientendatenbank um diese Datensätze.
- Ermitteln Sie die Anzahl der in die Kalkulation einbezogenen Fälle und Pflegetage (Differenzierung nach Versorgungsart) und nehmen Sie die Angaben in die Dokumentation auf.
3.3 Relevanter Kostenumfang

Unter dem Begriff der kalkulationsrelevanten Kosten des Krankenhauses sind im Kalkulationsschema alle Kosten zusammengefasst, die in Zusammenhang mit der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen entstehen. Ausgenommen hiervon sind Kosten,

- die in Zusammenhang mit der Leistungserbringung durch die dem Anwendungsbereich des KHEntgG unterliegenden Einrichtungen entstehen,
- die nach der zurzeit geltenden Systematik des § 17d KHG in den Entgelten nicht zu berücksichtigen sind,
- die in Zusammenhang mit Leistungen entstehen, für die nach der Systematik des § 17d KHG eine gesonderte Vergütung vereinbart wird oder eine sonstige öffentliche Förderung gewährt wird.

Die Kosten für bestimmte nicht kalkulationsrelevante Leistungen (s. Tab. 2 in Kap. 3.1) werden im Kalkulationsschema wie kalkulationsrelevante Kosten behandelt. Eine Ausgliederung dieser Kosten ist damit nicht erforderlich.

**Hinweise:**

- Für die Definition der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Kosten, die in Zusammenhang mit der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen entstehen („pflegesatzfähige Kosten“), ist die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) maßgeblich.

- Der Ermittlung der Kosten sind ausschließlich die kalkulationsrelevanten Aufwendungen zugrunde zu legen. Ergänzend werden die Kosten für bestimmte nicht kalkulationsrelevante Leistungen übermittelt.

- „Durchlaufende Posten“ wie beispielsweise der Systemzuschlag und der Qualitätssicherungszuschlag stellen keine kalkulationsrelevanten Kosten dar.

**Arbeitsschritt:**

- Stellen Sie sicher, dass Sie über geeignete Informationen zur Abgrenzung der nicht in der Kalkulation zu berücksichtigenden Kostenanteile für nicht kalkulationsrelevante Leistungen verfügen. Die Vorgehensweise bei der Abgrenzung wird in Kap. 4.4 beschrieben.
3.4 Bezugszeitraum

Der Kalkulation liegen die Daten des Krankenhauses für ein abgeschlossenes Kalenderjahr zugrunde. Das Kalenderjahr, aus dem die verwendeten Daten für die Kalkulation stammen, wird als „Datenjahr“ bezeichnet.

Für die Kalkulationsdaten gilt das „Prinzip der zeitlichen Kongruenz“, wonach die zu verwendenden Kosten- und Leistungsdaten stets dem gleichen Datenjahr entstammen müssen.

In die Kalkulation werden alle Behandlungsfälle einbezogen, die im betrachteten Datenjahr aufgenommen oder entlassen wurden. Darin eingeschlossen sind auch die Jahresüberlieger aus dem Vorjahr (Kalkulationsdaten werden übermittelt) und die Jahresüberlieger in das Folgejahr (Kalkulationsdaten werden nicht übermittelt).

Im Hinblick auf die Bereitstellung der Falldaten gelten die Vorgaben zur Übermittlung des Datensatzes gemäß § 21 KHEntgG, wonach alle im betrachteten Datenjahr entlassenen voll- und teilstationären Behandlungsfälle einzubeziehen sind.

Für die Kalkulation folgt daraus, dass

- Fälle mit Aufnahme und Entlassung im betrachteten Datenjahr sowie
- Fälle mit Aufnahme im Vorjahr und Entlassung im betrachteten Datenjahr (Jahresüberlieger Vorjahr)

in die Kalkulation einbezogen und die Datensätze übermittelt werden.

Für die Kalkulation der Kosten von Jahresüberliegerfällen aus dem Vorjahr stehen zwei Alternativen zur Verfügung:

- Alternative 2: Die Kosten werden nur für den auf das betrachtete Datenjahr entfallenden Teil der gesamten Aufenthaltsdauer kalkuliert.

Dagegen werden Fälle mit Aufnahme im betrachteten Datenjahr und Entlassung im Folgejahr (Jahresüberlieger Folgejahr) zwar ebenfalls in die Kalkulation einbezogen, die Datensätze werden jedoch nicht übermittelt.

**Hinweis:**

1. Im Datenjahr entlassene Jahresüberlieger können auch zu einem früheren Zeitpunkt als dem Vorjahr aufgenommen worden sein; die Vorgehensweise im Rahmen der Kalkulation ist dann mit dem InEK abzustimmen.
4. VORBEREITUNG DER KALKULATIONSGRUNDLAGE

Die in Kapitel 4 durchzuführenden Arbeiten werden in dem nachfolgenden Schaubild dunkel hervorgehoben.

Abbildung 2: Übersicht der Kalkulationsschritte: Vorbereitung der Kalkulationsgrundlage

Kapitel 4 beschreibt alle vorbereitenden Teilschritte im Zusammenhang mit der Herstellung der für die Kalkulation benötigten Datengrundlage. Dazu gehört die Prüfung der verfügbaren Daten (fall- und tagesbezogene Daten, Kostendaten und Verrechnungsschlüssel) im Hinblick auf die für die Kalkulation geltenden Anforderungen. Vorbereitend ist auch die Personalkostenverrechnung zwischen den direkt an der Patientenbehandlung beteiligten Kostenstellen durchzuführen, die eine dem tatsächlichen Personaleinsatz entsprechende Kostenzuordnung auf die jeweiligen Leistungsbereiche bewirkt. Einen wesentlichen Arbeitsschritt stellt die Abgrenzung zwischen kalkulationsrelevanten und nicht kalkulationsrelevanten Leistungen und Kosten dar. In diesem Zusammenhang werden die grundsätzliche Vorgehensweise bei der Ausgliederung nicht kalkulationsrelevanter Kosten beschrieben, die Kategorisierung der Kostenstellen dargestellt sowie Grundsätze und Beispiele für Kostenausgliederungen auf Kostenstellenebene erläutert.
Überblick über die zentralen Kalkulationsschritte Kapitel 4:  

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schritt</th>
<th>Kapitel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Prüfung der verfügbaren Daten (fall- und tagesbezogene Daten, Kostendaten und Verrechnungsschlüssel) im Hinblick auf die für die Kalkulation geltenden Anforderungen</td>
<td>4.1.1, 4.1.2, 4.1.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Personalkostenverrechnung</td>
<td>4.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ermittlung der kalkulationsrelevanten Leistungen</td>
<td>4.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten: Arbeiten im Rahmen der Kostenartenrechnung</td>
<td>4.4.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten: Arbeiten im Rahmen der Kostenstellenrechnung</td>
<td>4.4.2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4.1 Aufbereitung der für die Kalkulation benötigten Daten


4.1.1 Fall- und tagesbezogene Daten


Im Unterschied dazu werden Verlaufsangaben und soziodemografische Daten auf Fallebene erhoben. Somit erhalten fallbezogene Daten, die gemäß § 21 KHEntgG in der Datengruppe „Falldaten“ zu übermitteln sind, keine zusätzliche Verknüpfung mit dem Merkmal „Tag“.
4.1.1.1 Medizinische Dokumentation

Zum Zweck der Abrechnung der Behandlungsfälle im PSY-Entgeltsystem ist die Dokumentation der für den Patienten festgestellten Diagnosen und der im Rahmen der Behandlung durchgeführten Leistungen (Prozeduren) erforderlich. Die Dokumentation erfolgt auf der Grundlage der jeweils gültigen ICD- und OPS-Klassifikationen und ist unter Beachtung der Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik durchzuführen. Im Zuge der Weiterentwicklung des PSY-Entgeltsystems stellen diese Informationen im Zusammenhang mit den zu den jeweiligen Behandlungstagen übermittelten Kostendaten zentrale Parameter für die Definition und Bewertung der Fallgruppen dar.


**Beispiel:**

Ein Patient erhält in einer Woche seines stationären Aufenthalts an drei Tagen eine Einzeltherapie mit einer Dauer von jeweils 30 Minuten, die durch den Arzt durchgeführt wird, dokumentierter OPS-Kode 9-600.1 Anzahl der durch Ärzte erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche. Aus der internen Leistungs/documentation geht hervor, dass die Einzeltherapie montags, mittwochs und freitags durchgeführt wurde. Daraus lässt sich für die Plausibilisierung der Kostendaten u.a. ableiten:


Unter bestimmten Voraussetzungen können ICD- und OPS-Kodes auch als auslösendes Kriterium einer direkten Kostenzuweisung auf den Patienten herangezogen werden. Dazu werden „Klinische Verteilungsmodelle“ entwickelt, die bei fehlender patientenbezogener Verbrauchsdocumentation für teure Sachgüter deren Kosten als Einzelkosten zu rechnen (nähere Erläuterungen dazu in Kap. 6.1.1).

Arbeitsschritt:

✔ Prüfen Sie die Vollständigkeit und Plausibilität der medizinischen Falldokumentation (ICD-, OPS-Kodes).

4.1.1.2 Leistungsdaten


Grundsätzlich sind bei der Aufbereitung der Leistungsdaten die folgenden Aspekte zu beachten:


**Arbeitsschritt:**

- Prüfen Sie die in den an der Patientenbehandlung beteiligten Kostenstellen dokumentierten Leistungsdaten im Hinblick auf Fall- und Tagesbezug, Vollständigkeit und Differenziertheit. Beachten Sie dabei die Anforderungen an die Kalkulation sowohl der Einzel- als auch der Gemeinkosten.
4.1.2 Kostendaten

4.1.2.1 Abgleich der Kalkulationsgrundlage

Empfehlung: Einrichtung eines separaten Buchungskreises


Abgleich der Gewinn- und Verlustrechnung des testierten Jahresabschlusses mit den Summensalden der Finanzbuchhaltung


Arbeitsschritte:


- Bei Feststellung einer Differenz: Richten Sie in dem für die Kalkulation eingerichteten Buchungskreis ein Ausgleichskonto ein, welches die Gegenbuchung für den Ausgleich der Differenz aufnehmen soll.
Stellen Sie die Ursache der Differenz fest. Gleichend Sie anschließend die Differenz aus. Die weiteren Arbeiten sind nur durchzuführen, wenn die Ursache der Differenz nicht ermittelt werden kann.

Schätzen Sie die Ursache der Abweichung überschlägig ab. Gleichend Sie anschließend die Differenz aus, wobei das Ausgleichskonto die Gegenbuchung aufnimmt.

Falls nicht der testierte Jahresabschluss, sondern die aktuelle (letzte) Summen- und Saldenliste die Grundlage der Kalkulationsarbeiten bildet, nehmen Sie noch nicht durchgeführte, aber bereits zu erwartende Buchungen in entsprechender Höhe im für die Kalkulation eingerichteten Buchungskreis vor.

Ergeben sich später (nach erfolgter Datenübermittlung) im testierten Jahresabschluss dennoch nennenswerte Kostenabweichungen, benachrichtigen Sie bitte das InEK umgehend schriftlich über Art und Höhe der Veränderungen.

Nehmen Sie eine Kopie der Gewinn- und Verlustrechnung des testierten Jahresabschlusses sowie eine Kopie der (letzten) Summen- und Saldenliste der Finanzbuchhaltung in die Dokumentation auf.

Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachvollziehen zu können.

Abgleich der Kostenarten- mit der Kostenstellenrechnung


**Arbeitsschritte:**

Für einen Abgleich von Finanzbuchhaltung und Kostenrechnung:

☑ Ermitteln Sie die Summe der in der Finanzbuchhaltung dokumentierten Aufwendungen anhand der Summen- und Saldenliste der Dokumentation.

☐ Erzeugen Sie eine Summen- und Saldenliste der Kostenstellen und nehmen Sie die Liste zur Dokumentation.

☑ Ermitteln Sie die Summe der Einzelkosten, mit denen Kostenstellen nicht belastet wurden.

☑ Prüfen Sie, ob die in der Kostenstellenrechnung ausgewiesene Summe der Aufwendungen, vermehrt um die Summe der Einzelkosten, mit der Summe der Aufwendungen in der Finanzbuchhaltung übereinstimmt. Die nachfolgenden Arbeiten sind nur durchzuführen, wenn keine Übereinstimmung festgestellt wird.

☑ Ermitteln Sie jeweils die Ursache der Abweichungen.

☑ Richten Sie eine Abgrenzungskostenstelle für nicht kalkulationsrelevante Aufwendungen ein.

☑ Be-/Entlasten Sie die Kostenstellen, bei denen die Ursachen der Abweichung aufgetreten sind. Kann die Ursache der Abweichung nicht mehr festgestellt werden, erfolgt eine gleichmäßige Be-/Entlastung aller Kostenstellen. Die Gegenbuchung nimmt die Abgrenzungskostenstelle auf.

☐ Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachvollziehen zu können.

Für die nachträgliche Durchführung fehlender Buchungen in der Kostenstellenrechnung:

☑ Ermitteln Sie anhand von Umbuchungslisten, welche Buchungen auf Aufwandskonten der Finanzbuchhaltung im Rahmen der Erstellung und Prüfung des Jahresabschlusses vorgenommen wurden.

☑ Prüfen Sie, ob die betroffenen Kostenstellen entsprechend be- bzw. entlastet wurden. Vollziehen Sie die fehlenden Buchungen erforderlichenfalls in der Kostenstellenrechnung nach.

☐ Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachvollziehen zu können.
4.1.2.2 Kostenarten- und Kostenstellengliederung

Kostenartengliederung

Der durch die KHBV vorgegebene Kontenrahmen stellt für die Krankenhäuser eine verbindlich umzusetzende Mindestvorgabe dar. Im Zusammenhang mit der Kostenkalkulation sind folgende Aspekte zu beachten:

- Die Umsetzung der Vorgaben zur Einzelkostenzurechnung wird durch die Einrichtung separater Kostenarten für die patientenbezogen zu erfassenden Sachgüter erleichtert.
- Bei Fremdbezug von Leistungen sollten ebenfalls separate Kostenarten je bezogener Leistungsart angelegt werden.
- Die Pflichtbeiträge des Arbeitgebers zur berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung sollten nach Dienstarten differenziert in der Kostenartenrechnung ausgewiesen werden.

Kostenstellengliederung


Ausgehend vom Kostenstellenplan gem. KHBV ist eine erweiterte Kostenstellendifferenzierung als Mindestanforderung umzusetzen (s. Anl. 7)

Für die einzelnen Kostenstellenbereiche ergeben sich in diesem Zusammenhang folgende Anmerkungen:

**Kostenstellenbereich 90 (Gemeinsame Kostenstellen) und Kostenstellenbereich 91 (Versorgungseinrichtungen)**

Eine weitergehende Untergliederung im Bereich der Infrastruktur ist insbesondere für eine genauere Kostenstellenverrechnung sinnvoll. Soweit es die Organisationsstruktur des Krankenhauses erlaubt, wird eine weitere Differenzierung der Kostenstellen unter folgenden Gesichtspunkten empfohlen:

- **Anwendbarkeit von Verrechnungsschlüsseln für die IBLV:** Bei unterschiedlichem Leistungsprofil und der damit verbundenen Anwendbarkeit unterschiedlicher Verrechnungsschlüssel sollten separate Kostenstellen gebildet werden (Beispiel: Im Bereich der Krankenhausverwaltung Unterscheidung in die Kostenstelle „Personalverwaltung“ mit Verrechnungsschlüssel „Vollzeitkräfte“ sowie die Kostenstelle „Patientenverwaltung“ mit Verrechnungsschlüssel „Fallzahl“).

- **Unterscheidung in medizinische bzw. nicht medizinische Infrastruktur:** Sofern ein Leistungsbereich einen Bezug sowohl zur medizinischen als auch zur nicht medizinischen Infrastruktur aufweist, sollten separate Kostenstellen gebildet werden (Beispiel: Leistungsbereich „Controlling“ mit Unterscheidung in „Medizincontrolling“ und „Betriebswirtschaftliches Controlling“).

- **Kalkulationsrelevanz der Leistungen:** Bei ausreichend großem Leistungsvolumen ohne PSY-Bezug bietet sich die Einrichtung einer separaten Kostenstelle an (Beispiel: Im Bereich der Krankenhausverwaltung Unterscheidung in die abzugrenzenden Kostenstellen „Patientenverwaltung/-abrechnung ambulante Patienten“ bzw. „Forensik“).

Kalkulation von Behandlungskosten in PSY-Einrichtungen

Kapitel 4: Vorbereitung der Kalkulationsgrundlage

Version 1.0 – 16. November 2010

Kostenstellenbereich 92: Medizinische Institutionen

Im vorliegenden Kontext sind in erster Linie die Kostenstellenbereiche 923 (Funktionsdiagnostik), 926 (Physikalische Therapie) und 927 (sonstige therapeutische Einrichtungen) der KHBV-Gliederung von Bedeutung. Eine gegenüber der KHBV erweiterte Kostenstellendifferenzierung wird vorgegeben, wenn

- für bestimmte Leistungen eines Leistungsbereichs typischerweise eine andere Kostenstruktur zu erwarten ist als für die übrigen Leistungen dieses Bereichs (Beispiel: Leistungsbereich „Physikalische Therapie“ mit Einrichtung der Kostenstelle „Bäder/Bewegungsbad“),
- die Kosten therapeutischer Leistungen möglichst präzise zu kalkulieren sind (Beispiel: Kostenstellendifferenzierung im Leistungsbereich „Sonstige therapeutische Einrichtungen“).

Hinweise:

ℹ Sofern in einem Krankenhaus sowohl psychiatrische/psychosomatische als auch somatische Versorgungsbereiche bestehen, sind für die Mindest-Kostenstellengliederung im Kostenstellenbereich 92 für den somatischen Teil ergänzend die Vorgaben des Handbuchs zur Fallkostenkalkulation zu beachten.


ℹ Falls ein Krankenhaus insbesondere Dialyseleistungen, Laborleistungen oder Leistungen aus den Bereichen Kardiologie, Endoskopie oder Radiologie vollständig durch Dritte erbringen lässt, sind für die betreffenden Bereiche Kostenstellen neu einzurichten, die lediglich dem Ausweis der Kosten für die durch Dritte erstellten Leistungen dienen. Zu beachten ist, dass diese Kostenstellen nicht in die krankenhausinterne Personalkostenverrechnung und die IBLV einbezogen werden (vgl. auch nähere Erläuterungen dazu in Kapitel 6.2.1).
Kostenstellenbereiche 93 bis 95: Pflegefachbereiche – Normalpflege

Die KHBV-Gliederung enthält unter der Kostenstellennummer 956 den Normalpflegebereich „Psychiatrie“. Dieser umfasst den Leistungsbereich Station (vgl. Kap. 6.4.3) und ist – eine entsprechende fachliche Struktur im Krankenhaus vorausgesetzt – wie folgt weiter zu differenzieren:

- Allgemeine Psychiatrie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychosomatik


Hinweise:

1. Die für den Kostenstellenbereich 956 vorgegebene erweiterte Mindestanforderung ist für jeden im Krankenhaus vorhandenen Fachbereich umzusetzen (d.h. für die Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie usw.).

2. Sofern in einer Station Patienten sowohl vollstationär als auch teilstationär versorgt werden, ist zur besseren Abbildung der spezifischen Kostenstrukturen teilstationärer Leistungen zu prüfen, ob die Leistungserstellung bei den beiden Patientengruppen mit unterschiedlichem Ressourceneinsatz und daraus resultierenden Kostenunterschieden verbunden ist. Sollte dies der Fall sein und in einer Kostenstelle die auf teilstationäre Patienten entfallenden Kosten 25% der gesamten Kostenstellenkosten übersteigen, so ist die Kostenstelle in zwei separate Kostenstellen (vollstationär/teilstationär) zu trennen.

Kostenstellenbereich 96: Pflegebereiche – Abweichende Pflegeintensität

Zur differenzierten Abbildung der Kostenstrukturen teilstationärer Versorgung ist die dargestellte Kostenstellengliederung umzusetzen. Die Intensivversorgung wird über eine entsprechende Unterscheidung der Stationskostenstellen im Bereich 95 abgebildet.

Kostenstellenbereiche 97 und 98: Sonstige Einrichtungen und Ausgliederungen

Die in den Kostenstellenbereichen 97 und 98 enthaltenen Kostenstellen erbringen Leistungen, die nicht unter den Vergütungsumfang des PSY-
Entgeltsystems fallen. Diese Kostenstellen sind daher abzugrenzende Kostenstellen.

Die Kosten der Ausbildungsstätten (KSt. 971) werden im Datensatz nach § 21 KHEntgG gesondert mitgeteilt (vgl. Kap. 4.4.4). Die empfohlene Kostenstellengliederung berücksichtigt die Anforderungen an die Datenbereitstellung.

Arbeitsschritte:

- Prüfen Sie die in der Finanzbuchhaltung vorliegende Kontengliederung und richten Sie ggf. zusätzliche Unterkonten ein.
- Prüfen Sie die vorhandene Kostenstellengliederung und richten Sie ggf. weitere Kostenstellen gemäß den Mindestanforderungen an die Kostenstellengliederung ein.
- Fügen Sie je eine Kopie des Kontenplans und des Kostenstellenplans der Dokumentation bei.

4.1.2.3 Einzel- und Gemeinkostenzurechnung

Einzellkosten


Der Einzelkostenzuordnung darf nur der dokumentierte Ist-Verbrauch zugrunde gelegt werden. Für bestimmte Artikel bzw. Artikelgruppen besteht zusätzlich die Möglichkeit, die Einzelkostenzuordnung anhand eines ausreichend differenzierten und vom InEK genehmigten Klinischen Verteilungsmodells (KVM) vorzunehmen.
Kapitel 4: Vorbereitung der Kalkulationsgrundlage


Die Einzelartikel entstammen folgenden Artikelgruppen:

- Medikamente
- Materialsets (spezielle)
- Andere Verbrauchsmaterialien
- Aufwendige Fremdleistungen

Diese Aufstellung wird regelmäßig durch das InEK an die aktuellen Anforderungen für die Weiterentwicklung des PSY-Entgeltystems angepasst.

Eine darüber hinausgehende Einzelkostenzuordnung von weiteren Artikelgruppen oder Leistungen der medizinischen Institutionen ist jederzeit möglich.

Die Bewertung von direkt zugeordneten Artikeln erfolgt nach den Anschaffungskosten (Bruttowerte). Zulässig ist daneben eine Bewertung nach gleitenden Durchschnittspreisen, wenn die Anschaffungskosten nicht zur Verfügung stehen.

**Gemeinkosten**


**Arbeitsschritte:**

☑ Prüfen Sie anhand der Anlage 10 die verfügbaren Daten für die Einzelkostenzurechnung (Verbrauchsdokumentation je Patient, Kostendaten).

☑ Prüfen Sie, welche Daten in den direkten Kostenstellen als Bezugsgrößen für die patientenbezogene Gemeinkostenzurechnung verfügbar sind.

### 4.1.3 Verrechnungsschlüssel für die Kostenstellenverrechnung

Leistungsbereiche des Krankenhauses, die ihre Leistungen nicht direkt am Patienten erbringen, werden in „medizinische Infrastruktur“ und „nicht medizinische Infrastruktur“ unterschieden (vgl. Kap. 4.4.2). Im Zuge der Kostenstellenverrechnung werden die Kostenstellenkosten aus den Bereichen medizinische und nicht medizinische Infrastruktur auf die direkten Kostenstellen verrechnet (vgl. Kap. 5). Für das dabei anzuwendende Verfahren der Innerbetrieblichen Leistungsverrechnung werden Verrechnungsschlüssel benötigt, die eine verursachungsgerechte Kostenverrechnung entsprechend der Inanspruchnahme von Ressourcen ermöglichen. Die im Rahmen der IBLV anzuwendenden Verrechnungsschlüssel gibt Anlage 8 für die Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur und Anlage 9 für die Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur vor.

**Arbeitsschritt:**

☑ Prüfen Sie, welche Daten für die indirekten Kostenstellen als Verrechnungsschlüssel im Zuge der Kostenstellenverrechnung verfügbar sind.

### 4.2 Personalkostenverrechnung

In der kostenrechnerischen Praxis werden Personalkosten oftmals gesammelt einer Kostenstelle zugeordnet. Dabei werden die Personalkosten für einen oder mehrere Mitarbeiter in vollem Umfang dieser Kostenstelle zugeordnet, obgleich die Tätigkeiten in mehreren Kostenstellen erbracht werden. Die Kostenstelle, die die Personalkosten zugeordnet werden, trägt dabei häufig von vornherein den Charakter einer „Sammelkostenstelle“ (oftmals auch als „allgemeine“ oder „gemeinsame“ Kostenstelle bezeichnet). Kostenstellen,
denen Personalkosten in einem Umfang zugeordnet sind, der über den in dieser Kostenstelle erbrachten Tätigkeitsanteil der betreffenden Mitarbeiter hinausgeht, sind im Zuge der Personalkostenverrechnung von diesen Kosten zu entlasten. Kriterium für die Verteilung der Kosten ist dabei jeweils der anteilige Tätigkeitsumfang der Mitarbeiter in den verschiedenen Kostenstel- len. In die Personalkostenverrechnung sind ausschließlich folgende Person- nalkostenarten einzubeziehen:

- Ärztlicher Dienst
- Pflegedienst/Erziehungsdienst
- Psychologen
- Sozialarbeiter/Sozial-/Heilpädagogen
- Spezialtherapeuten

An der Personalkostenverrechnung nehmen direkte Kostenstellen teil. Indi- rekte Kostenstellen und abzugrenzende Kostenstellen nehmen nur teil, wenn personalbezogene Leistungsbeziehungen zu direkten Kostenstellen vorliegen (vgl. auch die Erläuterungen zur Kategorisierung der Kostenstellen in Kap. 4.4.2).

Kostenstellen, die ein Krankenhaus lediglich für den Ausweis der Kosten von durch Dritte erbrachten Leistungen eingerichtet hat, werden nicht in die Personalkostenverrechnung einbezogen.

**Beispiel:**


In Abhängigkeit von der im Krankenhaus verfügbaren Datengrundlage bie- ten sich zwei alternative Verfahrensweisen für die Personalkostenverrech- nung an:
Priorität 1: Mitarbeiterbezogene Zeiterfassung

Der Umfang der Inanspruchnahme wird in der Regel durch die Tätigkeitszeit bestimmt, die der Mitarbeiter für die empfangenden Kostenstellen leistet. Soweit eine mitarbeiterbezogene Zeiterfassung der in den betroffenen Bereichen erbrachten Leistungen vorliegt, ist sie als Grundlage für die verursachungsgerechte Verteilung der Personalkosten heranzuziehen. Dabei ist auf einen aktuellen Stand der verwendeten Daten zu achten. Diese Vorgehensweise ist insbesondere für die aufwandsgerechte Personalkostenzuordnung auf die Bereiche Therapie und Station von Bedeutung, ausführliche Erläuterungen mit beispielhafter Darstellung der Vorgehensweise enthält Kapitel 6.2.2.

Priorität 2: Verteilung aufgrund anderer statistischer Unterlagen oder Schätzungen


Beispiel:


Die Sammelkostenstelle ist im Zuge der Kostenstellenverrechnung zu entlasten. Die Kosten der Sammelkostenstelle sind den Kostenstellen zuzuordnen, in denen die Ärzte tätig sind.

Während im Bereich „Therapie“ die Leistungszeiten dokumentiert sind, ist in den übrigen Bereichen eine Leistungserfassung noch nicht vollständig umgesetzt. Für diese Leistungsbereiche schätzt das Krankenhaus den Anteil an der Gesamtarbeitszeit, der je Arzt auf die einzelnen Kostenstellen entfällt, im Zuge einer Befragung der Chefärzte und leitenden Oberärzte.
Das Ergebnis der Kostenverteilung wird anhand geeigneter Kriterien im Hinblick auf seine Verursachungsgerechtigkeit geprüft und ggf. in einer zweiten Runde mit den Ärzten besprochen.

Nach erfolgter Rücksprache und evtl. erforderlichen Anpassungen der ersten Schätzungen werden die empfangenden Kostenstellen mit den Personalkosten des ärztlichen Dienstes wie folgt belastet:

Tabelle 3: Verfahren der Personalkostenverteilung auf der Grundlage von Tätigkeitszeiten (Beispiel)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geschätzte Zeiterfassung in Stunden pro Woche</th>
<th>Psycho-</th>
<th>Arzt 1</th>
<th>Arzt 2</th>
<th>Arzt 3</th>
<th>Arzt 4</th>
<th>Arzt 5</th>
<th>Summe</th>
<th>VK</th>
<th>Kosten in GE</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(inkl. Tätigkeiten im Bereitschaftsdienst)</td>
<td>Somatik</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Station</td>
<td>25</td>
<td>22</td>
<td>10</td>
<td>9</td>
<td>15</td>
<td>81</td>
<td>1,92</td>
<td>189.448</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Therapie</td>
<td>10</td>
<td>12</td>
<td>11</td>
<td>15</td>
<td>8</td>
<td>56</td>
<td>1,33</td>
<td>130.976</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulanz</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>12</td>
<td>6</td>
<td>11</td>
<td>44</td>
<td>1,04</td>
<td>102.910</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tagesklinik</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>10</td>
<td>12</td>
<td>7</td>
<td>30</td>
<td>0,71</td>
<td>70.166</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Summe</td>
<td>42</td>
<td>43</td>
<td>43</td>
<td>42</td>
<td>41</td>
<td>211</td>
<td>5,00</td>
<td>493.500</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Verteilung der Kosten auf die Kostenstellen erfolgt über die Vollzeitkräfte (VK). Insgesamt sind 5 VK anhand der geschätzten Zeiterfassung auf die einzelnen Kostenstellen zu verteilen. Zum Beispiel lassen sich die Vollkräfte der Ambulanz wie folgt ermitteln:

5,00 / 211 * 44 = 1,04

Alle weiteren Vollkräfte ergeben sich aus analogen Rechenschritten.

Nun werden die Kosten über die ermittelten Vollzeitkräfte auf die Kostenstellen verteilt. Zum Beispiel ergeben sich die Kosten für die Tagesklinik wie folgt:

493.500 GE / 5,00 * 0,71 = 70.166 GE

Alle weiteren Kosten ergeben sich aus analogen Rechenschritten.

Im Ergebnis werden die Personalkosten der Ärzte der Abteilung „Psychosomatik“ in Höhe von 493.500 GE auf die Kostenstellen „Station“ (189.448 GE), „Therapie“ (130.976 GE), „Ambulanz“ (102.910 GE) sowie „Tagesklinik“ (70.166 GE) verteilt.
**Hinweise:**

1. **Statistik der Vollzeitkräfte**
   
   Falls im Rahmen der IBLV Angaben aus der Statistik der Vollzeitkräfte als Verrechnungsschlüssel verwendet werden sollen, ist diese entsprechend dem Ergebnis der Personalkostenverrechnung anzupassen.

2. **Interne Konsile**
   

3. **Konsiliarleistungen an Dritte**
   
   Werden ärztliche Konsiliarleistungen für Dritte (somatische Fachabteilung, Rehabilitationsklinik, Pflegeheim, anderes Krankenhaus) erbracht, sind diese Leistungs- und Kostenanteile als nicht kalkulationsrelevant auszugliedern. Eine Einbeziehung in die Personalkostenverrechnung erfolgt nicht.

4. **Externe Konsile**
   
   Externe Konsiliarleistungen werden von Ärzten erbracht, die nicht am Krankenhaus angestellt sind. Externe Konsile und deren Kosten werden daher im Rahmen der Personalkostenverrechnung nicht berücksichtigt.

5. **Im Krankenhaus eingesetztes Fremdpersonal**
   
   Krankenhäuser greifen im Rahmen der Leistungserbringung auch auf Fremdpersonal zurück. Für den Fremdpersonaleinsatz lassen sich grundsätzlich zwei Konstellationen unterscheiden:

   - **Arbeitnehmerüberlassung**
     
     Situation: Das Krankenhaus setzt leihweise von externen Unternehmen (Verleihunternehmen) überlassene Arbeitskräfte (Leiharbeitnehmer) ein. Der Leiharbeitnehmer ist vertraglich nicht bei dem Krankenhaus angestellt, sondern bleibt Mitarbeiter des Verleihunternehmens. In ers-
ter Linie sollen dadurch temporäre Auslastungsspitzen abgedeckt wer-
den. Die Leiharbeitsnehmer werden in die Arbeitsorganisation des je-
weiligen Einsatzbereichs im Krankenhaus eingegliedert. Ein Bezug zu
einzelnen Patienten lässt sich in der Regel weder aus der erbrachten
Leistung noch aus der Rechnungsstellung ableiten.

Leistungen: Leiharbeitsnehmer werden in der Kalkulation hinsichtlich
der von ihnen erbrachten Leistungen wie im Krankenhaus angestellte
Mitarbeiter behandelt. Sie werden in gleicher Weise in die Personalkos-
tenverrechnung einbezogen. Bei mitarbeiterbezogener Leistungser-
fassung (z.B. im Bereich Therapie) werden Leiharbeitsnehmer in die
Dokumentation einbezogen.

Kosten: Aufwendungen für Leiharbeitsnehmer werden in der Finanz-
buchhaltung zunächst als Sachaufwand gebucht (z.B. auf Konto 6618
des KHBV-Musterkontenplans). Sie sind für die Kalkulation auf das
der Dienstart entsprechende Aufwandskonto für Löhne und Gehälter
umzugliedern und werden im Zuge der Personalkostenverrechnung
entsprechend der Tätigkeitsanteile den einzelnen Kostenstellen zuge-
ordnet.

Einzelverträge über Honorartätigkeit

Situation: Das Krankenhaus schließt in erster Linie mit Ärzten oder
Pflegekräften Einzelverträge über die Erbringung bestimmter Leistun-
gen gegen Honorarvergütung. Im Hinblick auf die Einbeziehung dieser
Leistungs- und Kostenanteile in die Personalkostenverrechnung
kommt es darauf an, ob die geleisteten Tätigkeiten nach Art und Um-
fang einen direkten Bezug zu einzelnen Patienten erkennen lassen.

Von einem Patientenbezug kann nicht ausgegangen werden, wenn die
angeforderte Leistung in erster Linie organisationsbezogen definiert ist
(Beispiel: Eine Pflegekraft wird gegen Honorar für Nachtdienste auf
einer Station während der Urlaubszeit eingesetzt).

Ein direkter Patientenbezug lässt sich dann herstellen, wenn ein exter-
nerner Mitarbeiter spezielle Leistungen für eine eindeutig definierbare
Gruppe von Patienten erbringt (Beispiel: Ein Psychologe führt auf An-
forderung gegen Honorar bestimmte Therapien bei Patienten mit ei-
nem spezifischen Krankheitsbild durch).

Leistungen und Kosten bei fehlendem Patientenbezug: Im Rahmen der
Personalkostenverrechnung ist analog zur Arbeitnehmerüberlassung
vorzugehen. Bei einem lediglich geringen Kostenvolumen ist auch ei-
eine Berücksichtigung der Fremdpersonalkosten in der Kostenarten-
gruppe 6a möglich.

Leistungen und Kosten bei Patientenbezug: Die Honorarrechnung des
externen Mitarbeiters sollte Leistungen und Honorar patientenbezogen
ausweisen. Die Kosten werden als Sach-Einzelkosten in der Kostenart-
engruppe 6b dem jeweiligen Patienten zugerechnet. Ggf. kann auch
durch die Anwendung eines geeigneten Klinischen Verteilungsmodells
(KVM) eine verursachungsgerechte Kostenverteilung auf die betroffenen Patienten erreicht werden. Die für Honorarkräfte erfassten Leistungszeiten werden nicht in die Personalkostenverrechnung der beim Krankenhaus angestellten Mitarbeiter einbezogen.

**Arbeitsschritte:**

☑ Ermitteln Sie direkte Kostenstellen, die mitarbeiterbezogene Leistungen in den betroffenen Dienstarten für andere Kostenstellen erbringen bzw. von anderen Kostenstellen beziehen.

☑ Kennzeichnen Sie Kostenstellen, die an der Personalkostenverrechnung teilnehmen, im Kostenstellenplan der Dokumentation.

☑ Prüfen Sie, ob die leistungsempfangenden Kostenstellen anteilig mit den Personalkosten belastet wurden. Hat eine Belastung stattgefunden, sind die nachfolgend dargestellten Arbeiten nicht durchzuführen.

☑ Prüfen Sie, ob eine mitarbeiterbezogene Zeiterfassung oder andere geeignete Statistiken als Grundlage der Kostenverteilung auf die leistungsempfangenden Kostenstellen herangezogen werden können.

☑ Falls keine Zeiterfassung vorliegt: Schätzen Sie den Anteil der Arbeitszeit überschlägig ab, den die Mitarbeiter direkter Kostenstellen in anderen Kostenstellen tätig sind. Achten Sie darauf, dass die Schätzung die Inanspruchnahme realistisch abbildet.

☑ Entlasten Sie die leistungserbringenden Kostenstellen anhand des ermittelten Verteilschlüssels von den direkten Personalkosten. Belasten Sie die leistungsempfangenden Kostenstellen entsprechend.

☑ Prüfen Sie das Ergebnis der Kostenverteilung anhand geeigneter Kriterien auf Plausibilität.

☑ Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachvollziehen zu können.

**Prüfung der Kostenverteilung**


Ein verursachungsgerechtes Ergebnis der Personalkostenverrechnung lässt sich z.B. anhand folgender Kriterien feststellen:

**Station**

- Die je Kostenstelle zu berechnenden Kostensätze der Bezugsgröße Pflegetag (ärztlicher Dienst, Pflege-/Erziehungsdiens, Sozialarbeiter/Sozial-/Heilpädagogen, Spezialtherapeuten, medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst) weisen bei vergleichbarem Leistungs-/Patientenspektrum nur geringfügige Schwankungen auf.

**Therapiebereich**

- Bei für einzelne z.B. Ergotherapieeinheiten separat eingerichtete Kostenstellen weisen die je Kostenstelle zu berechnenden Kostensätze je Leistungsminute bzw. Punktwert für die Spezialtherapeuten nur geringfügige Schwankungen auf. Auftretende deutliche Unterschiede lassen sich aus dem Leistungsspektrum der jeweiligen Kostenstelle erklären.
- Die Kostensätze je Leistungsminute weisen eine plausible Höhe im Vergleich zu einem dienstartbezogen errechneten Kostensatz auf der Basis von durchschnittlichen Brutto-Personalkosten und Nettojahresarbeitszeit je Vollzeitkraft auf.

**Zusammenfassend**

- Innerhalb der Kosten jeder Dienstart entspricht über alle einbezogenen Kostenstellen die Summe der Belastungen der Summe der Entlastungen.

### 4.3 Ermittlung der kalkulationsrelevanten Leistungen

Die in den Kostenstellen des Krankenhauses erbrachten und dokumentierten Einzelleistungen bilden die Grundlage für die Kalkulation der Kosten. Für jede Kostenstelle ist zu prüfen, in welchem Umfang das dort erbrachte Leistungsvolumen bei der Kostenkalkulation zu berücksichtigen ist. Anhand der in Kap. 3.1 vorgestellten Definition der kalkulationsrelevanten Leistungen und der Übersicht der Abgrenzungstatbestände in Anlage 2 sind kalkulationsrelevante von nicht kalkulationsrelevanten Leistungsanteilen zu unterscheiden. Die Frage nach der Kalkulationsrelevanz der erbrachten Leistun-
gen ist auch für die Kategorisierung der Kostenstellen von Bedeutung (vgl. dazu Kap. 4.4.2).


Indirekte Kostenstellen, die ihre Leistungen nicht unmittelbar am Patienten erbringen, werden in die Kostenstellenverrechnung (vgl. Kap. 5) einbezogen. Für eine vollständige Kostenverteilung müssen bei der Bildung der Verrechnungssätze auch die nicht kalkulationsrelevanten Leistungsanteile berücksichtigt werden.

Sofern erforderlich, sind die Kostenstellen vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung um periodenfremde Leistungen zu bereinigen.

**Beispiel:**


Direkte Kostenstellen erbringen die Leistungen direkt am Patienten. Im Rahmen der Kostenträgerrechnung werden die Kosten der direkten Kostenstellen den einzelnen Behandlungstagen der Behandlungsfälle zugerechnet. Für die Verrechnung der kalkulationsrelevanten Gemeinkosten dieser Kostenstellen werden Kalkulationssätze je Leistung gebildet (vgl. Kap. 6.1.2). Dabei dürfen nur kalkulationsrelevante Leistungen und deren Kosten berücksichtigt werden. Leistungen, die nicht über das PSY-Entgeltsystem vergütet werden, sind vor der Bildung der Kalkulationssätze auszugliedern.

Erforderlichenfalls sind die Leistungsstatistiken vor der Ermittlung der Kalkulationssätze für die Kostenträgerrechnung um periodenfremde Leistungen zu bereinigen.
Beispiel:


Arbeitsschritte:

- Bereinigen Sie die Leistungsstatistiken der direkten Kostenstellen vor Durchführung der Kostenträgerrechnung um nicht kalkulationsrelevante Leistungen.
- Nehmen Sie die bereinigte Leistungsstatistik jeder direkten Kostenstelle in die Dokumentation auf.
- Prüfen Sie, ob nicht kalkulationsrelevante Leistungen bei der Bildung von Verrechnungsschlüsseln im Rahmen der Kostenstellenverrechnung berücksichtigt werden müssen.

4.4 Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten

Dieses Unterkapitel beschreibt die erforderlichen Arbeitsschritte zur Ermittlung der mit den kalkulationsrelevanten Leistungen in Verbindung stehenden kalkulationsrelevanten Kosten. Die für nicht kalkulationsrelevante Leistungen angefallenen Kostenanteile sind auszugliedern. Die Ausgliederung nicht kalkulationsrelevanter Kosten erfolgt auf zwei Ebenen:

- In der Kostenartenrechnung: Aufwandsarten, die als nicht kalkulationsrelevant zu charakterisieren sind, werden vollständig ausgegliedert. Darüber hinaus kann die Herstellung einer Datenübereinstimmung zwischen Kostenarten- und Kostenstellenrechnung zu Ausgliederungen führen (vgl. dazu die Erläuterungen in Kap. 4.1.2.1).
4.4.1 Arbeiten im Rahmen der Kostenartenrechnung

4.4.1.1 Grundsätze für die Ausgliederung nicht kalkulationsrelevanter Aufwandsarten

Vor Beginn der Kalkulationsarbeiten sind die Aufwandsarten in der Finanzbuchhaltung auf Kalkulationsrelevanz zu prüfen. Als nicht kalkulationsrelevant sind auszugliedern

- Periodenfremde und außerordentliche Aufwendungen,
- Aufwendungen aus der Zuführung zu Rückstellungen mit Ausnahme von Rückstellungen für Urlaub und Mehrarbeit,
- Aufwandsarten, die ihrer Art nach nicht kalkulationsrelevant sind (Erläuterungen dazu in Kap. 4.4.1.4).

Die Ausgliederung erfolgt in der Kostenartenrechnung durch Umbuchungen auf das Ausgleichskonto. Parallel zu den Kostenarten in der Finanzbuchhaltung sind die Kostenstellen in der Kostenstellenrechnung um die nicht kalkulationsrelevanten Aufwandsarten zu entlasten. Mit dem Entlastungsbetrag wird jeweils die Abgrenzungskostenstelle belastet.

Arbeitsschritte:

- In der Kostenartenrechnung: Richten Sie – sofern noch nicht geschehen – ein Ausgleichskonto für die Ausgliederung nicht kalkulationsrelevanter Aufwendungen ein.
- In der Kostenstellenrechnung: Richten Sie – sofern noch nicht geschehen – eine Abgrenzungskostenstelle für nicht kalkulationsrelevante Aufwendungen ein.

4.4.1.2 Periodenfremde und außerordentliche Aufwendungen

Hinweis:


Beispiele:


Parallel zu den Kostenarten in der Finanzbuchhaltung sind die Kostenstellen in der Kostenstellenrechnung um periodenfremde und außerordentliche Aufwendungen zu bereinigen. Die Kosten sind auf die Abgrenzungskostenstelle umzubuchen.

Arbeitsschritte:

- Prüfen Sie die Buchungen auf den Konten der Kontengruppe 79 im Hinblick auf periodenfremde und außerordentliche Aufwendungen.
- Befragen Sie Mitarbeiter der Finanzbuchhaltung, ob periodenfremde und außerordentliche Aufwendungen in erheblichem Umfang auf anderen Konten gebucht wurden.
- In der Kostenartenrechnung: Buchen Sie periodenfremde und außerordentliche Aufwendungen auf das Ausgleichskonto um.
In der Kostenstellenrechnung: Entlasten Sie die übrigen Kostenstellen um periodenfremde und außerordentliche Aufwendungen und belasten Sie die Abgrenzungskostenstelle mit dem Entlastungsbetrag.

Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachvollziehen zu können.

4.4.1.3 Rückstellungen


Kalkulationsrelevant sind demnach Aufwendungen für:

- Zuführungen zu Rückstellungen für nicht in Anspruch genommenen oder nicht vergüteten Urlaub und
- Zuführungen zu Rückstellungen für nicht vergütete oder nicht in Freizeit ausgeglichene Mehrarbeit.

Dazu sind die Zuführungsbeträge mindestens nach den definierten Kostenartengruppen für Persontalkosten zu differenzieren (d.h. ärztlicher Dienst, Pflege-/Erziehungsdienst, Sozialarbeiter/Sozial-/Heilpädagogen, Spezialtherapeuten, medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst) und in die entsprechenden Kostenartengruppen einzubeziehen. Der verbleibende Zuführungsbetrag für die übrigen Dienstarten kann zusammengefasst der Kostenarten gruppe 8 zugerechnet werden. Falls über die dienstartbezogene Zusammen setzung der Zuführungsbeträge zu Rückstellungen für Urlaub oder Mehrarbeit in der Kostenrechnung keine näheren Informationen vorliegen, kann entweder

Ausschließlich Rückstellungsaufwendungen für Urlaub und Mehrarbeit sind kalkulationsrelevant
(Priorität 1) eine Verteilung der Kosten durch Gewichtung nach Dienstgruppen erfolgen oder

(Priorität 2) eine lineare Verteilung anhand der Gesamtpersonalkosten vorgenommen werden.

Die kalkulationsrelevanten Rückstellungsaufwendungen sind den Kostenstellen entsprechend der Zuordnung der Mitarbeiter zuzuweisen, für die die Rückstellungen gebildet wurden.

Erträge aus der Auflösung von Rückstellungen zu den genannten Sachverhalten bleiben außer Betracht.

Alle Zuführungen zu Rückstellungen für andere als die oben genannten Sachverhalte sind als nicht kalkulationsrelevanter Aufwand auszugliedern.

**Arbeitsschritte:**

- Befragen Sie Mitarbeiter der Finanzbuchhaltung, für welche Sachverhalte Rückstellungen gebildet wurden und über welche Konten die Zuführungsbeträge gebucht wurden.
- In der Kostenartenrechnung: Buchen Sie Zuführungsbeträge zu Rückstellungen für andere Sachverhalte als Urlaub und Mehrarbeit auf das Ausgleichskonto um.
- In der Kostenstellenrechnung: Entlasten Sie die übrigen Kostenstellen um die nicht kalkulationsrelevanten Rückstellungsaufwendungen und belasten Sie die Abgrenzungskostenstelle mit dem Entlastungsbetrag.
- Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachvollziehen zu können.

**4.4.1.4 Nicht kalkulationsrelevante Aufwandsarten**

Einzelne Aufwandsarten tragen von vornherein einen nicht kalkulationsrelevanten Charakter. Für die einzelnen Kontengruppen ergeben sich in diesem Zusammenhang folgende Anmerkungen:

**Kontengruppe 60 (hier Konto 6000: privatärztliche Liquidationserlöse)**

Besteht zwischen angestelltem (Chef-)Arzt und Krankenhaus eine vertragliche Regelung, nach der das privatärztliche Liquidationsrecht durch das Krankenhaus ausgeübt wird, so wird der dem Arzt zustehende Anteil aus den Liquidationserlösen auf dem Konto 6000 als Aufwand für Löhne und Gehälter des ärztlichen Dienstes gebucht. Diese Aufwendungen sind auszugliedern.
Kontengruppen 65 bis 69 (hier: Boni und Skonti)

In einigen wenigen Krankenhäusern werden Boni, Skonti und Warenrückvergütungen mit negativem Vorzeichen auf den Aufwandskonten gebucht (Nettomethode). Eine Umbuchung auf Ertragskonten der Kontenuntergruppe 571 ist im Rahmen der Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten nicht erforderlich.

Kontengruppe 70 (Zentrale Dienstleistungen)

Die in dieser Kontengruppe gebuchten Aufwendungen können nur dann kalkulationsrelevante Kosten sein, wenn die Zentralbereiche Leistungen für das Krankenhaus erbringen. Weitere Voraussetzung ist, dass die Aufwendungen in Zusammenhang mit den allgemeinen Krankenhausleistungen stehen und der Preis für diese Leistungen den Marktpreis nicht erheblich übersteigt.


Kontengruppe 71 (Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter)

Die Aufwendungen für die Beschaffung von Gebrauchsgütern sind kalkulationsrelevant. Dies gilt auch dann, wenn Festwerte gebildet wurden.

Kontengruppe 72 (Instandhaltung)

Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen sind bei der Ermittlung der Kosten zu berücksichtigen.

In einigen Bundesländern werden Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen über Einzelförderung gefördert. Da ein einheitliches Vorgehen erforderlich ist, werden Instandhaltungsaufwendungen bei der Ermittlung der Kosten auch dann berücksichtigt, wenn eine Finanzierung über Fördermittel erfolgt.

Nicht berücksichtigt werden dürfen dagegen Investitionskosten; die Abgrenzung ergibt sich aus § 4 AbgrVO.

Kontengruppe 73 (Steuern, Abgaben, Versicherungen)

Bei der Ermittlung der Kosten werden Steuern, Abgaben und Versicherungen nicht berücksichtigt, die ausschließlich Betriebsteile des Krankenhauses betreffen, die keine allgemeinen Krankenhausleistungen erbringen. Nicht zu den kalkulationsrelevanten Kosten gehören darüber hinaus Ertragsteuern, insbesondere die Körperschaftsteuer und der Solidaritätszuschlag.
Kontengruppe 74 (Zinsen und ähnliche Aufwendungen)

Zinsen, die in Zusammenhang mit der Finanzierung von Investitionen entstehen, gehen in die Ermittlung der Kosten nicht ein.

Zinsaufwendungen sind kalkulationsrelevante Kosten, wenn sie in Zusammenhang mit Betriebsmittelkrediten oder der Beschaffung von Gebrauchsgütern stehen.

Zinsen in Zusammenhang mit Investitionen bei teilweise oder nicht geförderten Krankenhäusern sind nicht Bestandteil der Kalkulation.

Kontengruppe 75 (Aufwendungen insbesondere in Zusammenhang mit Ausgleichsposten und KHG-Sonderposten)

Die in der Kontengruppe 75 gebuchten Aufwendungen stehen in Zusammenhang mit der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser und sind bei Ermittlung der Kosten nicht zu berücksichtigen.

Kontengruppe 76 und 77 (Abschreibungen)

Abschreibungen dürfen bei Ermittlung der Kosten nur berücksichtigt werden, soweit sich aus diesem Abschnitt Kalkulationsrelevanz ergibt und die Abschreibungen keinen neutralen Aufwand darstellen.

Einzel- und Pauschalwertberichtigungen auf Forderungen sind bei Ermittlung der Kosten nicht zu berücksichtigen, da beide Formen der Wertberichtigung eine Korrektur der Erlöse darstellen.


Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände und Sachanlagen werden bei Ermittlung der Kosten berücksichtigt, wenn die Abschreibungen auf Gebrauchsgüter vorgenommen werden.

Abschreibungen auf Sachanlagen bei teilweise oder nicht geförderten Krankenhäusern werden im Rahmen der Kalkulation nicht berücksichtigt.

Abschreibungen auf Finanzanlagen, auf Wertpapiere des Umlaufvermögens und auf sonstige Vermögensgegenstände stellen in der Regel neutrale Aufwendungen dar. Sie sind dann bei Ermittlung der Kosten nicht zu berücksichtigen.

Ebenfalls nicht kalkulationsrelevant sind Abschreibungen auf Forderungen.
**Hinweise:**

1. Investitionsgüter werden oftmals aus Eigenmitteln finanziert, wenn Einzelfördermittel oder pauschale Fördermittel nicht zur Verfügung stehen. Abschreibungen auf eigenfinanzierte Investitionen werden bei Ermittlung der Behandlungskosten nicht berücksichtigt.

2. Für Miet-, Pacht- und Leasingaufwendungen sind die Erläuterungen unter Kontengruppe 78 zu beachten.

**Kontengruppe 78 (Sonstige ordentliche Aufwendungen)**

Anhand der in Kapitel 3.3 dargestellten Definition der kalkulationsrelevanten Kosten ist im Einzelfall zu prüfen, ob die in den Kontengruppe 78 dargestellten Aufwandsarten bei der Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten zu berücksichtigen sind.

In der Kontengruppe 78 sind Sachmittel für Ausbildungsstätten auszugliedern und in einer gesonderten Kalkulation der Ausbildungskosten zu berücksichtigen. Nicht kalkulationsrelevant sind außerdem Aufwendungen aus der Ausbildungskostenumlage (unabhängig davon, ob das Krankenhaus eine Ausbildungsstätte betreibt oder nicht) sowie Aufwendungen aus der Erhebung des DRG-Systemzuschlags und des Qualitätssicherungszuschlags.

Im Rahmen der sonstigen Aufwendungen ist für die Kalkulationsrelevanz von Mieten und Pachten Folgendes zu beachten:

Mietaufwendungen dürfen bei der Ermittlung der Behandlungskosten nur berücksichtigt werden, soweit sich aus diesem Abschnitt Kalkulationsrelevanz ergibt:

Mietaufwendungen, für die Fördermittel nach dem KHG gewährt werden, dürfen nicht in die Kalkulation einbezogen werden.

Ebenfalls unberücksichtigt bleiben Mietaufwendungen, wenn die Miete als Ersatz für eine Anschaffung dient. In diesem Falle sind Mietaufwendungen den Investitionskosten gleichzusetzen. Von einer investitionsersetzenden Miete ist auszugehen, wenn

- die vertragliche Mietdauer mindestens der betriebsüblichen Nutzungsdauer des Mietobjekts entspricht (bei der Miete von Gebäuden oder Gebäudeteilen mindestens 5 Jahre),

  oder

- bei einer kürzeren vertraglichen Mietdauer als unter a) benannt durch beabsichtigte oder tatsächliche Vertragsverlängerungen oder Anschlussverträge die betriebsübliche Nutzungsdauer des Mietobjekts erreicht werden soll bzw. wird (bei Gebäuden oder Gebäudeteilen 5 Jahre),
Kapitel 4: Vorbereitung der Kalkulationsgrundlage

Kalkulation von Behandlungskosten in PSY-Einrichtungen

Version 1.0 – 16. November 2010

oder

c) bei einer kürzeren vertraglichen Mietdauer als unter a) benannt nach Vertragsablauf durch beabsichtigten oder tatsächlichen erneuten Vertragschluss ein gleiches oder funktional ähnliches Objekt gemietet werden soll bzw. wird.

In die Kalkulation sind nur diejenigen Mietaufwendungen einzubeziehen, die für eine von vornherein befristete Nutzung des Mietobjekts entstehen. Von einer befristeten Nutzung ist auszugehen, wenn

d) die vertragliche Mietdauer kürzer als die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer des Mietobjekts ist (bei der Miete von Gebäuden oder Gebäudeteilen unter 5 Jahre),

oder

e) bei einer kürzeren vertraglichen Mietdauer als unter a) benannt durch beabsichtigte oder tatsächliche Vertragsverlängerungen oder Anschlussverträge die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer des Mietobjekts nicht erreicht wird (bei Gebäuden oder Gebäudeteilen 5 Jahre).

Die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer ist in den Afa-Tabellen des Bundesministeriums der Finanzen festgelegt (insbesondere Afa-Tabelle für die allgemein verwendbaren Anlagegüter, Afa-Tabelle Gesundheitswesen).

Diese Regelungen sind auch auf mietähnliche Vertragsverhältnisse anzuwenden, die die entgeltliche Nutzung eines Sachgutes zum Gegenstand haben. Dies trifft bspw. auf unterschiedliche Formen des Leasing oder andere mietkaufähnliche Vertragsgestaltungen (z.B. pay-per-use) zu.

Aufwendungen für Pachtzinsen (z.B. für Grundstücke und Gebäude, auch in Erbpacht) sind nicht kalkulationsrelevant.

Kontengruppe 79 (Übrige Aufwendungen)

Die Kontengruppe 79 besteht in der Regel aus nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen.

Kontengruppe 88 (Kalkulatorische Kosten)

Kalkulatorische Kosten sind grundsätzlich nicht kalkulationsrelevant.

Hinweis:

1) Nicht kalkulationsrelevant sind außerdem die Kosten geplanter Personaleinstellungen (Plankosten) sowie zu kalkulatorischen Zwecken angesetzte Kosten unbezahlter Überstunden.
Arbeitsschritte:

☑ Prüfen Sie anhand des Kontenplans und der Buchungen auf den Konten der Kontenklassen 6 und 7, welche Aufwandsarten ausschließlich nicht kalkulationsrelevante Aufwendungen enthalten.

☑ In der Kostenartenrechnung: Buchen Sie die nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen auf das Ausgleichskonto um.

☑ In der Kostenstellenrechnung: Entlasten Sie die übrigen Kostenstellen um die nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen und belasten Sie die Abgrenzungskostenstelle mit dem Entlastungsbetrug.

☑ Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachvollziehen zu können.

4.4.2 Arbeiten im Rahmen der Kostenstellenrechnung

Dieses Unterkapitel erläutert die erforderlichen Arbeitsschritte, die zur Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten auf Kostenstellenebene erforderlich sind. Dazu sind zunächst alle Kostenstellen nach ihrem Kostenträgerbezug zu kategorisieren. Zusätzlich ist der kalkulationsrelevante Leistungsumfang je Kostenstelle zu bestimmen, um auf dieser Grundlage die nicht kalkulationsrelevanten Kostenanteile ermitteln und ausgliedern zu können. Für die erforderlichen Ausgliederungen werden sachgerechte Verfahrensweisen erläutert.

4.4.2.1 Definition von Kostenstellenkategorien

Alle Kostenstellen sind nach ihrem Kostenträgerbezug in Kostenstellenkategorien (nicht zu verwechseln mit den modulbezogenen Kostenstellengruppen) einzuteilen. Die Differenzierung bezieht sich auf direkte und indirekte Kostenstellen sowie auf abzugrenzende und gemischte Kostenstellen.

Direkte und indirekte Kostenstellen

Kostenstellen, die kalkulationsrelevante Leistungen erbringen, können in Abhängigkeit vom Kostenträgerbezug in direkte und indirekte Kostenstellen eingeteilt werden:

Bei indirekten Kostenstellen besteht demgegenüber kein direkter medizinisch-pflegerischer Leistungsbezug zu Patienten. Zu den indirekten Kostenstellen gehören beispielsweise die Küche, die Wäscherei und die Krankenhausverwaltung.

**Indirekte Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur und der nicht medizinischen Infrastruktur**

Indirekte Kostenstellen sind darüber hinaus in Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur und Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur zu gliedern:

- Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur sind Kostenstellen, in denen überwiegend Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes, des Pflege-/Erziehungsdienstes, als Therapeuten oder des Funktionsdienstes beschäftigt sind (z.B. Apotheke).
- Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur beschäftigen gegen Mitarbeiter der genannten Dienstarten nicht oder nur in geringem Umfang (z.B. Küche).

**Abzugrenzende Kostenstellen**


**Gemischte Kostenstellen**

Als „gemischte Kostenstellen“ werden diejenigen direkten oder indirekten Kostenstellen bezeichnet, die neben kalkulationsrelevanten Leistungen auch nicht kalkulationsrelevante Leistungen erbringen. Die für nicht kalkulationsrelevante Leistungen entstandenen Aufwendungen sind auszugliedern.

Die folgende Abbildung zeigt die Beziehungen zwischen den in Kategorien eingeteilten Kostenstellen und gibt einen Überblick über ihren Verbleib in der Kalkulation.

**Abbildung 3: Darstellung der Kostenstellenkategorien**

![Diagramm der Kostenstellenkategorien](image_url)

**Arbeitsschritte:**

- Teilen Sie Kostenstellen in direkte Kostenstellen, indirekte Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur, indirekte Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur sowie abzugrenzende Kostenstellen ein.
- Kennzeichnen Sie die Kostenstellen im Kostenstellenplan der Dokumentation entsprechend.

**4.4.2.2 Zuordnung von Kostenstellen zu den Kostenstellenkategorien**

Im Folgenden werden beispielhaft Kostenstellen der Kostenstellenbereiche 90 bis 98 des Muster-Kostenstellenplans der KHBV den verschiedenen Kostenstellenkategorien zugeordnet. An dieser Stelle sei auch auf die Mindestanforderungen an die Kostenstellengliederung verwiesen, die sich aus den Erläuterungen in Kapitel 4.1.2.2 und Anlage 7 ergeben.
Kostenstellenbereich 90: Gemeinsame Kostenstellen

Die Kostenstellen des Kostenstellenbereichs 90 sind den indirekten Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur zuzuordnen. Kostenstellen für Nebenbetriebe, die im Kostenstellenbereich 90 eingerichtet wurden, gehören zu den abzugrenzenden Kostenstellen.

Hinweis:

Die Kostenstelle 906 Sozialdienst hat in PSY-Einrichtungen den Charakter einer direkten Kostenstelle.

Kostenstellenbereich 91: Versorgungseinrichtungen

Die Kostenstellen des Kostenstellenbereichs 91 sind in der Regel indirekte Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur.

Den Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur sind dagegen beispielsweise die Apotheke und der medizinische Schreibdienst/Dokumentation zugeordnet.

Gemischte Kostenstellen liegen vor, wenn Kostenstellen dieses Kostenstellenbereichs zusätzlich Leistungen für Dritte erbringen.

Kostenstellenbereich 92: Medizinische Institutionen

Kostenstellen des Kostenstellenbereichs 92, die ausschließlich Leistungen für stationäre Patienten erbringen, sind den direkten Kostenstellen zuzuordnen. Werden Leistungen auf einer Kostenstelle sowohl für stationäre als auch für ambulante Patienten erbracht, liegt eine gemischte direkte Kostenstelle vor.

Beispiele:

- Die Stationen betreuen ausschließlich stationäre Patienten. Die Kostenstelle „Station“ ist damit eine direkte Kostenstelle.

Hinweise:

fallen hierunter ambulante Leistungen wie Notfallbehandlungen, ambulante Leistungen des Krankenhauses, Leistungen für stationäre Patienten anderer Krankenhäuser und ambulante Leistungen der Ärzte des Krankenhauses als Nebentätigkeit. Eine Trennung der Kosten dieser Leistungsbereiche in Kosten der stationären Behandlung und Kosten der ambulanten Behandlung ist Aufgabe der Ambulanzkostenrechnung. Dies gilt auch für die übrigen Kostenstellen der Gruppe 92, soweit diese Leistungen für ambulante Patienten erbringen (vgl. dazu die Erläuterungen in Kap. 4.4.3.1).


**Kostenstellenbereiche 93 bis 95: Pflegebereiche – Normalpflege**

Die Kostenstelle 956 (Psychiatrie) gehört zu den direkten Kostenstellen. Sie umfasst die Fachbereiche Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik. Alle weiteren Kostenstellen der Kostenstellenbereiche 93 bis 95, die keine Leistungen im PSY-Bereich erbringen, gelten als abzugrenzende Kostenstellen.

Eine „Allgemeine Kostenstelle Fachabteilung“ ist als Sammelkostenstelle den indirekten Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur zuzurechnen.

**Kostenstellenbereich 96: Pflegebereiche – Abweichende Pflegeintensität**

Die Kostenstellen für Minimalpflege (965), für Nachsorge (966) und für Chronisch- und Langzeitkranke (969) sind direkte Kostenstellen, die daraufhin zu prüfen sind, ob neben kalkulationsrelevanten auch nicht kalkulationsrelevante Patienten behandelt werden. Sie sind dann ggf. als gemischte Kostenstellen zu kennzeichnen oder – soweit keine kalkulationsrelevanten Patienten behandelt wurden – als abzugrenzenden Kostenstellen.

Kostenstellenbereiche 97 und 98: Sonstige Einrichtungen und Ausgliederungen


Die Kosten der Ausbildungsstätten (971) werden im Datensatz nach § 21 KHEntgG gesondert mitgeteilt (vgl. Kap. 4.4.4).

4.4.2.3 Grundsätze für die Ausgliederung nicht kalkulationsrelevanter Aufwendungen auf gemischten Kostenstellen

Maßgeblich für die Ausgliederung ist der am gesamten Leistungsvolumen gemessene prozentuale Anteil der von der Kostenstelle erbrachten nicht kalkulationsrelevanten Leistungen. Dabei sind die Einzelleistungen der Kostenstelle mit dem für ihre Erstellung verbundenen Ressourcenverzehr zu gewichten. In die Gesamtleistung der Kostenstelle sind auch solche nicht kalkulationsrelevanten Leistungen einzubeziehen, deren Kosten im Rahmen der Kalkulation übermittelt werden (vgl. Tab. 2 in Kap. 3.1).

In der Regel erfolgt für nicht kalkulationsrelevante Leistungen eine gleichmäßige Kostenentlastung über alle Kostenarten der gemischten Kostenstelle. In Einzelfällen kann die Entlastung nur bestimmte Kostenarten der Kostenstelle betreffen.

Auf eine periodengerechte Abgrenzung der Leistungen ist zu achten. Bei der Ermittlung des Anteils der nicht kalkulationsrelevanten Leistungen an der Gesamtzahl der erbrachten Leistungen dürfen nur Leistungen des Datenjahres berücksichtigt werden, das der Ermittlung der Kosten zugrunde liegt.
Hinweise und Beispiele für **indirekte gemischte Kostenstellen**

**Hinweise:**

1. Wenn die erbrachten Einzelleistungen der Kostenstelle nicht mit ihrem Ressourcenverzehr darstellbar und messbar sind, können der Kostenausgliederung auch andere, im Rahmen der Kostenstellenverrechnung übliche Maßgrößen zugrunde gelegt werden. Ist dies nicht möglich, wird der Anteil der nicht kalkulationsrelevanten Leistungen aufwandsgerecht geschätzt.

2. Im Hinblick auf die Kostenstellenverrechnung ist bei indirekten gemischten Kostenstellen zu beachten (vgl. auch Kap. 5.2.2):
   - Kostenanteile für durch die Kostenstelle erbrachte nicht kalkulationsrelevante Leistungen werden auf Grundlage der in der Kostenstelle direkt gebuchten (primären) Kosten ermittelt. Im Zuge der Kostenstellenverrechnung aus anderen Kostenstellen empfangene Kostenanteile werden nicht einbezogen. Der festgestellte Ausgliederungsbetrag wird vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung auf die Abgrenzungskostenstelle umgebucht.
   - Im Zuge der Kostenstellenverrechnung werden die Kosten der indirekten Kostenstellen auch auf direkte gemischte Kostenstellen und abzugrenzende Kostenstellen verrechnet. Die Kostenverteilung erfolgt anhand der bestehenden Leistungsbeziehungen ohne Rücksicht darauf, ob es sich bei der empfangenden Kostenstelle um eine gemischte oder abzugrenzende Kostenstelle handelt. Die Ausgliederung der bei der Kostenstellenverrechnung anteilig zu berücksichtigenden nicht kalkulationsrelevanten Kosten wird über die empfangende Kostenstelle vorgenommen.

**Beispiel:**


Hinweise und Beispiele für **direkte gemischte Kostenstellen**

**Hinweise:**

1. Vor Ermittlung der Ausgliederungsbeträge für nicht kalkulationsrelevante Aufwendungen auf gemischten direkten Kostenstellen ist die in Kapitel 4.2 beschriebene Personalkostenverrechnung durchzuführen.
Für die Darstellung der Leistungen und die Ermittlung des nicht kalkulationsrelevanten Leistungsanteils in der Kostenstelle sind die für den jeweiligen Leistungsbereich vorgegebenen Bezugsgrößen (vgl. Anl. 5) anzuwenden.

Der festgestellte Anteil der nicht kalkulationsrelevanten Leistungen an der Gesamtleistung der Kostenstelle ist sowohl für die Ausgliederung der auf der Kostenstelle direkt gebuchten (primären) Kosten als auch der verrechneten Kosten maßgeblich. Für die direkte Kostenstelle setzt sich der Ausgliederungsbetrag demnach anteilig aus primären Kosten und den aus indirekten Kostenstellen verrechneten Kosten zusammen. Die Umbuchung der abzugsrelevanten Kosten auf die Abgrenzungskostenstelle erfolgt nach durchgeführter Kostenstellenverrechnung.

Beispiel:


Arbeitsschritte:

Kennzeichnen Sie die gemischten Kostenstellen im Kostenstellenplan der Dokumentation.

Ermitteln Sie anhand der Leistungsstatistiken der einzelnen Kostenstellen jeweils den Anteil der nicht kalkulationsrelevanten Leistungen (als Prozentsatz der gesamten Leistungen).


Nehmen Sie die Leistungsstatistiken der Kostenstellen mit der Angabe des festgestellten nicht kalkulationsrelevanten Leistungsanteils zur Dokumentation.

Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachvollziehen zu können. Aus der Dokumentation sollte die Vorgehensweise bei der Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen im Einzelnen ersichtlich sein.
4.4.3 Beispiele für die Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten auf Kostenstellenebene

4.4.3.1 Ambulante Leistungen

Die hier beschriebene Vorgehensweise ist analog auf folgende Ausgliederungstatbestände anwendbar:

- Leistungen für Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 111 SGB V
- Leistungen für ausländische Patienten (vgl. Kap. 3.2)


Priorität 1: Kostenrechnerische Abgrenzung

Im Krankenhaus existiert eine Kostenrechnung für ambulante Leistungen, sodass die gemischten Kostenstellen kostenrechnerisch von den ambulanten Kosten bereinigt werden können.

Priorität 2: Abgrenzung mit Hilfe von Leistungsstatistiken

Grundlage hierfür ist die Zahl der für ambulante Patienten erbrachten Leistungen im Verhältnis zur Zahl sämtlicher erbrachter Leistungen. Die Leistungen sind auf der Grundlage eines gängigen Leistungskatalogs (z.B. GOÄ, DKG-NT oder EBM) oder eines Hauskatalogs zu bewerten.

Priorität 3: Erlösabzugsverfahren

Das Erlösabzugsverfahren ist nur dann anzuwenden, wenn die oben genannten Verfahren mit den Prioritäten 1 bis 3 aufgrund fehlender Kosten- und Leistungsinformationen nicht durchgeführt werden können. Die Ausgliederung der ambulanten Leistungen erfolgt in diesem Fall über die Erlöse aus ambulanter Tätigkeit im Krankenhaus.

Hinweise:

1️⃣ Auszuggliedern sind auch ambulante Leistungen, die in anderen Untersuchungs- und Behandlungsbereichen des Krankenhauses erbracht werden.
Beispiele:

Ein Krankenhaus dokumentiert die in der Ambulanz erbrachten Leistungen mit Tages- und Fallbezug. Die ambulanten Leistungen werden für Zwecke der innerbetrieblichen Kostensteuerung entsprechend einem Hauskatalog mit Punkten gewichtet. Die Gesamtzahl der Leistungspunkte beträgt 546.000. Die Behandlungen von ambulanten Patienten wurden mit 364.000 Leistungspunkten bewertet, was einem Anteil von 66,67% an der Gesamtzahl der Leistungspunkte entspricht. 182.000 Punkte oder 33,33% der Gesamtleistung der Kostenstelle fallen auf die Behandlung der stationären Patienten. Die Gesamtkosten für die Ambulanz betragen für das Datenjahr 470.000 GE. Entsprechend dem festgestellten Leistungsanteil entfallen davon auf ambulante Behandlungen Kosten in Höhe von 313.349 GE (= 0,6667 * 470.000). Dieser Kostenbetrag ist auszugliedern.

In einem Krankenhaus werden in der Ambulanz keine Leistungsstatistiken geführt, sodass das Erlösabzugsverfahren zur Abgrenzung der nicht kalkulationsrelevanten Kosten für ambulante Leistungen angewendet werden muss. Die für die ambulanten Leistungen erzielten Erlöse des Krankenhauses betragen 350.000 GE. Dieser Betrag wird von den Gesamtkosten der Kostenstelle Ambulanz abgezogen und als nicht kalkulationsrelevant abgegrenzt.

4.4.3.2 Leistungen gemäß § 17b KHG (DRG)

Die hier beschriebene Vorgehensweise ist analog auf folgenden Ausgliederungstatbestand anwendbar:

- Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V

Leistungen, die in somatischen Einrichtungen gemäß § 17b Abs. 1 KHG erbracht werden, sind gemäß § 17d Abs. 1 KHG nicht in das PSY-Entgeltssystem einzubeziehen.

Sofern das Krankenhaus über entsprechende Einrichtungen verfügt, sind deren Kosten als nicht kalkulationsrelevant auszugliedern. Die Vorgehensweise für die Ermittlung dieser abzugrenzenden Leistungen kann im „Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten“ nachvollzogen werden.

Häufig sind an der Behandlung eines Patienten sowohl psychiatrische oder psychosomatische Abteilungen als auch somatische Einrichtungen beteiligt. Die daraus resultierenden Leistungsverflechtungen zwischen den genannten Leistungsbereichen sind im Rahmen der Kostenkalkulation wie folgt zu berücksichtigen:

Leistungen in somatischen Einrichtungen sind grundsätzlich nicht kalkulationsrelevant
Inanspruchnahme von Einzelleistungen

- Anforderung von Leistungen des somatischen Bereichs durch psychiatrische oder psychosomatische Abteilungen

Die Kosten dieser Leistungen sind kalkulationsrelevant und in die Kostenkalkulation einzubeziehen. In aller Regel sind dies ärztliche Konsiliarleistungen. Damit sind die in Kap. 4.2 erläuterten Regelungen für die Kostenkalkulation ärztlicher Konsiliarleistungen anzuwenden: Sofern das kalkulierende Krankenhaus sowohl über somatische als auch psychiatrische (im o.g. Sinne) Leistungsbereiche verfügt, ist das Verfahren für interne Konsile anwendbar. Die Anwendung dieses Verfahrens bietet sich auch für den Fall an, dass therapeutische Leistungen von Personal anderer Dienstarten (z.B. Physiotherapeuten, Logopäden) erbracht werden.

Besteht in einem Krankenhaus eine enge Verflechtung mit hohem Leistungsaustausch (z.B. zwischen einer psychiatrischen und einer neurologischen Fachabteilung), ist für die darin einbezogene(n) Kostenstelle(n) eine leistungsgerechte Teilung in eine Kostenstelle für den psychiatrischen/psychosomatischen und eine für den nicht psychiatrischen/psychosomatischen Leistungsbereich vorzunehmen.

Erbringt ein Arzt einer krankenhausexternen Einrichtung die Konsilie rung, gelten die Regelungen für externe Konsile. Sind die angeforderten Leistungen andere als ärztliche Konsile, werden die dafür anfallenden Kosten als Kosten für Untersuchungen in fremden Instituten der Kostenartengruppe 6b zugeordnet.

- Anforderung von Leistungen psychiatrischer/psychosomatischer Bereiche durch Einrichtungen der Somatik

Die Kosten dieser im psychiatrischen/psychosomatischen Bereich erbrachten Leistungen (z.B. diagnostische und therapeutische Untersuchungen und Behandlungen) sind nicht kalkulationsrelevant und daher auszugliedern (zur Vorgehensweise vgl. die Erläuterungen zur Ausgliederung der Kosten ambulanter Leistungen in Kap. 4.4.3.1).

Verlegungen während eines stationären Aufenthalts

Für die Kostenkalkulation gilt der Grundsatz, dass jeder Teilaufenthalt im psychiatrischen/psychosomatischen Leistungsbereich in die Kalkulation einzubeziehen ist, während jeder Teilaufenthalt in Einrichtungen der Somatik als nicht kalkulationsrelevant unberücksichtigt bleibt. Maßgeblich für die Einbeziehung bzw. Nicht-Berücksichtigung ist die Abrechenbarkeit einer erbrachten Leistung im jeweiligen Entgeltbereich.

Im Datensatz gemäß § 21 KHEntgG ist das entsprechende Kennzeichen für den Entgeltbereich der psychiatrischen/psychosomatischen Leistungsbereichen „PSY“ anzugeben. Insbesondere ist darauf zu achten, dass die Anzahl der Belegungstage des Patienten in einem weiteren Entgeltbereich im Datenfeld „Belegungstage in einem anderen Entgeltbereich“ übermittelt wird. Bei

### 4.4.3.3 Forschung und Lehre


#### Ausgliederung von Kostenstellen für Forschung und Lehre

Soweit die Kosten für Forschung und Lehre auf gesonderte Kostenstellen gebucht werden, sind diese Kostenstellen als abzugrenzende Kostenstellen zu markieren. Die Ausgliederung der Kostenstellen erfolgt nach Durchführung der Kostenstellenverrechnung.


**Hinweis:**

1. In einigen Softwaresystemen werden Projektkosten im Rahmen der Forschung auf zeitlich begrenzt einzurichtende Projektkostenstellen gebucht. In diesem Fall ist die Projektkostenstelle als auszugliedernder Kostenstelle zu markieren; neben der Projektkostenstelle darf jedoch keine auf Dauer eingerichtete Kostenstelle mit den Projektkosten belastet sein.
Vorgehensweise beim Fehlen von Kostenstellen für Forschung und Lehre


Der Zeitbedarf für die Lehre kann auch anhand von Informationsquellen wie der Aufstellung der Pflicht-Lehrveranstaltungen der wissenschaftlichen Mitarbeiter (Lehrdeputat) oder der Dokumentation weiterer Lehrveranstaltungen sowie Prüfungstätigkeiten der wissenschaftlichen Mitarbeiter ermittelt werden.

**Hinweise:**

1️⃣ Bei Ermittlung der durchschnittlichen Personalkosten je Vollzeitkraft sind neben den Löhnen und Gehältern auch die Sozialabgaben, die Altersversorgung sowie Beihilfen und Unterstützungen zu berücksichtigen (Kontengruppe 60 bis 64).

2️⃣ Das Lehrdeputat (in Stunden) sollte mindestens nach Fachabteilungen und ggf. weiteren Einrichtungen sowie zusätzlich nach Dienstarten differenziert vorliegen. Soweit nicht bereits über die Anrechnungsfaktoren der KapVO enthalten, sind Vor- und Nachbereitungszeiten sowie der Zeitaufwand für Prüfungen zusätzlich zu berücksichtigen.

3️⃣ Bei Ermittlung des Zeitaufwands für die Lehre ist auf den tatsächlich mit der Durchführung des Lehrauftrags verbundenen Zeitaufwand abzustellen, soweit sich gegenüber dem Lehrdeputat eine Abweichung ergibt. Sind weitere Mitarbeiter des Krankenhauses in die Vorbereitung oder Durchführung der Lehrveranstaltungen regelmäßig einbezogen, ist der hierfür anfallende Zeitaufwand ebenfalls zu berücksichtigen.

Bezüglich des Zeitaufwands für die Forschung sind Informationsquellen wie die projektbezogene Dokumentation drittmittelfinanziert vorhaben und die differenzierte Erfassung von Leistungen, die für Forschungszwecke erbracht werden, zu nennen. Für übrige Forschungsaktivitäten können als Informationsquelle eingerichtete Projektstrukturen mit entsprechender Leistungsdokumentation dienen.

Neben dem Personal werden im Rahmen der Forschung und Lehre auch Sachmittel eingesetzt. Soweit keine Buchung auf gesonderte Kostenstellen für Forschung und Lehre erfolgt, sind die in diesem Zusammenhang anfallenden Kosten anhand der Originalbelege aus der Finanzbuchhaltung auszugliedern.
Hinweis:

In einigen Universitätsklinika werden bestimmte diagnostische und therapeutische Leistungen, die ausschließlich oder überwiegend für Forschungs- und Lehrzwecke erstellt werden, in den EDV-gestützten Leistungserfassungssystemen entsprechend markiert. In diesem Fall kommt eine Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen im Verhältnis der für Forschungs- und Lehrzwecke erstellten Leistungen zu allen Leistungen in Betracht. Ggf. sind die Leistungen zuvor auf der Grundlage eines Leistungskatalogs zu gewichten.

Überschlägige Schätzung der Kosten für Forschung und Lehre

Liegen keine differenzierten Daten für eine Ausgliederung der Kosten von Forschung und Lehre vor, ist wie folgt vorzugehen:

1. Der Anteil der Arbeitszeit, den die Mitarbeiter nach Dienstarten der KHBV für Forschung und Lehre aufwenden, ist zu schätzen.
2. Anhand der geschätzten Arbeitszeit sind die Vollzeitkräfte für Forschung und Lehre, gegliedert nach Dienstarten, zu ermitteln.
3. Durch Multiplikation der Vollzeitkräfte je Dienstart mit den durchschnittlichen Personalkosten je Dienstart ergeben sich die auszugliedernden Personalkosten.

Hinweis:

Die Vorgehensweise bei der Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen in Zusammenhang mit Forschung und Lehre ist in der Dokumentation darzustellen.

4.4.3.4 Ergänzende Leistungsbereiche


Bei fehlenden Datengrundlagen beruht die Ausgliederung auf einer Schätzung.
In der Regel sind die Kosten entsprechender Einrichtungen (z.B. Wohnheime, Reha-Einrichtungen, Sozialstationen/Beratungsstellen) auf gesonderte Kostenstellen gebucht. Werden die Kosten dagegen Kostenstellen zugeordnet, die auch Kosten für die allgemeine Krankenhausbehandlung enthalten, erfolgt eine anteilige Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen.

Grundlage für die Ausgliederung von Personalkosten ist die Anzahl der Vollzeitkräfte, die in den ergänzenden Leistungsbereichen tätig ist. Zur Ermittlung der auszugliedrenden Personalkosten wird die Anzahl der Vollzeitkräfte mit den durchschnittlichen Aufwendungen je Vollzeitkraft multipliziert.

**Hinweise:**

1. Ist eine exakte Ermittlung der Vollzeitkraftanzahl für ergänzende Leistungsbereiche nicht möglich, erfolgt die Kostenausgliederung auf der Grundlage des geschätzten Personaleinsatzes. Hinweise zur Vorgehensweise sind in Kapitel 4.2 dargestellt.

2. Bei der Kostenausgliederung sind neben den Löhnen und Gehältern auch die gesetzlichen Sozialabgaben, die Aufwendungen für die Altersversorgung sowie Beihilfen und Unterstützungen zu berücksichtigen. Eine anteilige Berücksichtigung nicht zurechenbarer Personalaufwendungen, wie beispielsweise der Aufwendungen für die Unfallversicherung oder für den Betriebsarzt, erfolgt nicht.


### 4.4.3.5 Ausbildung in akademischen Lehrkrankenhäusern


Sofern die Ausbildungskosten in akademischen Lehrkrankenhäusern einer gesonderten Kostenstelle zugeordnet sind, ist diese Kostenstelle als abzugrenzende Kostenstelle zu kennzeichnen. Andernfalls sind die Personalkosten auf der Grundlage des Personaleinsatzes von Krankenhausmitarbeitern

Sachkosten werden ausgegliedert, soweit eine Ausgliederung anhand von Originalbelegen aus der Finanzbuchhaltung oder anderen Unterlagen möglich ist.

Ist eine Ermittlung oder Schätzung der Personal- und Sachkosten nach der dargestellten Methode nicht möglich, können stattdessen Kosten in Höhe des Erstattungsbetrags ausgegliedert werden (Erlösabzugsverfahren).

### 4.4.3.6 Leistungen an Dritte

Kosten für Leistungen an Dritte sind vor der Ermittlung der Kosten auszugliedern. Die folgende Tabelle zeigt Beispiele für die Erbringung von Leistungen an Dritte durch das Krankenhaus:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kostenstellen</th>
<th>Beispiele für Leistungen an Dritte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Wäscheversorgung</td>
<td>Leistungen für andere Krankenhäuser</td>
</tr>
<tr>
<td>Apotheke</td>
<td>Versorgung eines anderen Krankenhauses mit Medikamenten</td>
</tr>
<tr>
<td>Reinigungsdienst</td>
<td>Reinigung eines angeschlossenen Altenheims</td>
</tr>
<tr>
<td>Versorgung mit Energie, Wasser,</td>
<td>Mitversorgung von Wohnhäusern oder Betrieben mit Energie</td>
</tr>
<tr>
<td>Brennstoffen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Transportdienst</td>
<td>Transport der Mahlzeiten in das Altenheim</td>
</tr>
<tr>
<td>Werkstätten, Gärtnerei</td>
<td>Auftragsfertigung bzw. Verkauf an Dritte</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Die Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen erfolgt auf Grundlage von Leistungsstatistiken der Kostenstellen, die Leistungen für Dritte erbringen. Die folgende Tabelle zeigt beispielhaft Datenquellen, die als Grundlage der Kostenausgliederung herangezogen werden können:

**Tabelle 5: Datengrundlage für die Kostenabgrenzung von Leistungen an Dritte (Beispiele)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kostenstelle</th>
<th>Benötigte Daten</th>
<th>Datenquelle</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Küche</td>
<td>Anzahl Essen, Beköstigungstage</td>
<td>Leistungsstatistik</td>
</tr>
<tr>
<td>Wäscherei</td>
<td>kg Wäsche, Umsatz mit Dritten</td>
<td>Leistungsstatistik, Kostenstellenblatt</td>
</tr>
<tr>
<td>Apotheke</td>
<td>Arzneimittelumsatz</td>
<td>Kostenstellenblatt</td>
</tr>
<tr>
<td>Reinigung</td>
<td>Tätigkeitstage, Fläche, Umsatz mit Dritten</td>
<td>Dienstpläne, Kostenstellenblatt</td>
</tr>
<tr>
<td>Energie-/Wasserversorgung</td>
<td>Verbrauchsmengen</td>
<td>Verbrauchsstatistik</td>
</tr>
<tr>
<td>Transportdienst</td>
<td>Anzahl Transporte, Tätigkeitstage, Umsatz mit Dritten</td>
<td>Dienstpläne, Leistungsstatistik, Kostenstellenblatt</td>
</tr>
<tr>
<td>Werkstätten, Gärtnerei</td>
<td>Tätigkeitstage, Umsatz mit Dritten</td>
<td>Dienstpläne, Kostenstellenblatt</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bei der Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen ist wie folgt vorzugehen:

1. Anhand der Leistungsstatistik sind die Zahl aller Leistungen der Kostenstelle und die Zahl der für Dritte erbrachten Leistungen zu ermitteln.
2. Die Leistungszahlen sind ggf. mit Gewichtungsfaktoren zu gewichten.
3. Die je gewichteter Leistung anfallenden Kosten werden ermittelt.
Hinweise:

1. In Abhängigkeit von der krankenhausindividuellen Datenlage können in folgender Priorität alternative Abgrenzungsverfahren angewendet werden:

   Priorität 1: Verwendung von Leistungsstatistiken
   Priorität 2: Durchführung einer aufwandsgerechten Schätzung
   Priorität 3: Durchführung eines Erlösabzugsverfahrens

Kapitel 6.4.4 erläutert ausführlich die Ermittlung nicht kalkulationsrelevanten Kostenanteils im Bereich der Ergotherapie.

4.4.3.7 Personalgestellung an Dritte


Soweit Personal an Dritte gestellt wird und der Umfang der Personalgestellung nicht exakt ermittelt werden kann, erfolgt eine Ausgliederung auf der Grundlage des geschätzten Personalaufwandes nach der in Kapitel 4.2 dargestellten Methode.

Hinweise:

1. Eine Kostenausgliederung erfolgt nicht, wenn die Erstattungsbeträge für die Personalgestellung in der Kostenstellenrechnung (unzulässigerweise) als „negative Kosten“ gebucht wurden.


Beispiel:

Ein Träger betreibt ein Krankenhaus und eine Rehabilitationsklinik. Nach einer Vereinbarung zwischen beiden Einrichtungen sind acht Pflegekräfte des Krankenhauses jeweils halbtags in der Reha-Klinik tätig (das entspricht vier vollzeitbeschäftigten Pflegekräften in der Reha-Klinik). Das Krankenhaus erhält hierfür eine Vergütung in Hö-
he der Bruttopersonalkosten, die im Krankenhaus als sonstiger betrieblicher Ertrag gebucht wird. Die Bruttopersonalkosten einer Pflegekraft liegen bei 48.000 GE. Auszugliedern sind die nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen in Höhe von 192.000 GE (= 4 * 48.000 GE) für die Personalstellung.

4.4.3.8 Speisenversorgung

Die Kostenstelle „Speisenversorgung“ erbringt ggf. Leistungen für außerhalb des PSY-Entgeltsystems vergütete Patienten oder andere Personen, beispielsweise für

- somatische Patienten,
- Mitarbeiter des Krankenhauses, insbesondere im Rahmen der Personalverpflegung,
- Dritte, wie die Bewohner eines benachbarten Altenpflegeheims.

Bei der Ermittlung der Kosten ist nur die Verpflegung von Patienten zu berücksichtigen, die über das PSY-Entgeltsystem vergütet werden. Kosten in Zusammenhang mit Leistungen, die nicht für Patienten erbracht werden, sind auszugliedern.

Grundlage für die Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen ist die Leistungsstatistik der Kostenstelle „Speisenversorgung“. Anhand der Leistungsstatistik ist die Zahl der in der Kostenstelle hergestellten Mahlzeiten zu ermitteln. Die Zahl der Mahlzeiten kann beispielsweise mit folgenden Gewichtungsfaktoren gewichtet werden:

- Frühstück: 0,2
- Mittagessen: 0,5
- Abendessen: 0,3


kalkulationsrelevant sind nur die Kosten für die Verpflegung von voll- und teilstationären Patienten
Beispiel:

Die Küche eines Krankenhauses versorgt neben stationären Patienten auch Mitarbeiter sowie die Bewohner eines benachbarten Altenpflegeheims. In der Leistungsstatistik der Küche werden folgende Leistungen ausgewiesen:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Empfänger</th>
<th>Zahl der Mahlzeiten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Frühstück</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Patienten</td>
<td>16.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Mitarbeiter</td>
<td>5.600</td>
</tr>
<tr>
<td>Altenpflegeheim</td>
<td>6.570</td>
</tr>
<tr>
<td>Summe</td>
<td>28.170</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Durch Multiplikation der Zahl der Mahlzeiten mit den oben genannten Gewichtungsfaktoren wird zunächst die Zahl der gewichteten Mahlzeiten ermittelt:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Empfänger</th>
<th>Zahl der gewichteten Mahlzeiten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Frühstück</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Patienten</td>
<td>3.200</td>
</tr>
<tr>
<td>Mitarbeiter</td>
<td>1.120</td>
</tr>
<tr>
<td>Altenpflegeheim</td>
<td>1.314</td>
</tr>
<tr>
<td>Summe</td>
<td>5.634</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Für stationäre Patienten beträgt somit der Anteil an der Gesamtleistung 53,78% (= 16.850 / 31.330), für Mitarbeiter 25,25% und für das Altenpflegeheim 20,97%. Bei angenommenen Gesamtkosten der Kostenstelle in Höhe von 200.000 GE sind entsprechend den festgestellten Leistungsanteilen die Kosten der Speisenversorgung für Mitarbeiter und für das Altenpflegeheim in einem Umfang von 92.440 GE (= 0,4622 * 200.000) auszugliedern.

Hinweise:

Liegen für die Kostenstelle „Speisenversorgung“ keine Leistungsstatistiken vor, ist eine aufwandsgerechte Schätzung durchzuführen.

Sollte für die Kostenstelle „Speisenversorgung“ keine aufwandsgerechte Schätzung möglich sein, ist hilfsweise eine Ausgliederung von nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen in Höhe der Erstattungsbeträge für nicht kalkulationsrelevante Leistungen zulässig (Erlöszugriffsverfahren).
4.4.3.9 Leistungen der Nebenbetriebe


Die Kosten für Nebenbetriebe sind in der Regel auf gesonderte Kostenstellen gebucht, die als abzugrenzende Kostenstellen markiert werden. Werden die Kosten für Nebenbetriebe auf Kostenstellen gebucht, die auch kalkulationsrelevante Aufwendungen enthalten, erfolgt eine anteilige Ausgliederung. Grundlage der Ausgliederung sind Statistiken, die eine verursachungs gerechte Kostenzuordnung ermöglichen.

Hinweis:
Kapitel 6.4.4 enthält ausführliche Erläuterungen zur Abgrenzung nicht kalkulationsrelevanter Kostenanteile im Bereich der Ergotherapie.

4.4.3.10 Vermietung und Verpachtung


**Hinweise:**


2. Sollte der Teil eines Gebäudes nur tageweise vermietet sein oder sollte der Vermietzeitraum nicht das gesamte Geschäftsjahr umfassen, sind die nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen zeitanteilig auszugliedern.


**Beispiel:**

Im Krankenhausgebäude (6.000 qm Nutzfläche) ist ein abgeschlossener Bereich (400 qm Nutzfläche, das entspricht 6,67% der Gesamtnutzfläche des Gebäudes) an ein Therapiezentrum vermietet. Auf der Gebäudekostenstelle sind Kosten in Höhe von 192.000 GE ausgewiesen. Für den vermieteten Bereich sind Kosten in Höhe von 12.806,4 GE (= 0,0667 * 192.000 GE) auszugliedern.

**4.4.4 Ausgliederung der Aufwendungen für Ausbildungsstätten und Ausbildungsmehrvergütungen**

**Kosten der Ausbildungsstätte**

Ein Krankenhaus ist mit einer Ausbildungsstätte häufig betrieblich eng verflochten, indem es bestimmte zentrale Funktionen übernimmt, wie z.B. im Bereich der Verwaltung, der Versorgung mit Wasser und Energie oder der technischen Unterhaltung. Die Kosten, die mit diesen für die Ausbildungsstätte erbrachten Leistungen verbunden sind, müssen als nicht kalkulationsrelevant ausgegliedert werden. Das Handbuch zur Kalkulation von Ausbildungs kosten beschreibt in Kap. 5.2 zwei modellhafte Ausprägungen der Verbundenheit:

Modell 1 liegt eine sehr enge betriebliche Verflechtung zwischen beiden Einrichtungen zugrunde, sodass die Ausbildungsstätte den Charakter eines unselbständigen Teils des Krankenhauses trägt und bspw. als Kostenstelle in dessen Kostenstellenrechnung einbezogen ist.

Bei Modell 2 bildet die Ausbildungsstätte eine auch formal selbständige Einheit, bei der verschiedene Leistungsbeziehungen mit dem Krankenhaus bestehen.

Je nach vorliegendem Modelltypus sind bei der Ausgliederung von Kostenanteilen des Krankenhauses die nachfolgenden Hinweise zu beachten:

**Hinweise für Modell 1:***


3. Im Zuge der IBLV ist die Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ (einschließlich evtl. weiterer Unterkostenstellen) anteilig mit den Kosten indirekter Kostenstellen der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur zu belasten. Dabei sind betriebliche Verflechtungen insbesondere folgender Bereiche zu beachten:
   - Verwaltung: Finanz- und Rechnungswesen, Personalverwaltung, EDV
   - Reinigung: Reinigung der Gebäudeflächen (Bodenflächen, Fensterflächen, Sanitärbereiche)
   - Werkstätten: Wartungs- und Reparaturleistungen
   - Versorgung mit Energie und Wasser, Abfallbeseitigung
Dabei müssen die der Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ zugerechneten Kosten der indirekten Kostenstellen in ihrer ursprünglichen Kostenart erkennbar bleiben. Ein Kostenartenwechsel der verrechneten Kostenanteile zu den Kostenartengruppen 7 und 8 (vgl. Kap. 5.4) darf in diesem Fall nicht erfolgen.

Die Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ nimmt an der Kostenstellenverrechnung nur als empfangende Kostenstelle teil.

Für die Nutzung von Räumlichkeiten werden über die Nebenkosten hinaus nur dann Mietaufwendungen einbezogen, wenn auf der Grundlage eines Mietvertrages zwischen Krankenhaus und Ausbildungsstätte entsprechende Zahlungen erfolgen.

Kalkulatorische Kosten dürfen nicht angesetzt werden.

**Hinweise für Modell 2:**

Sofern die Ausbildungsstätte nicht bereits als Kostenstelle in die Kostenstellenrechnung des Krankenhauses einbezogen ist, sollte für den Zweck der Ausgliederung anteiliger Ausbildungskosten eine separate Kostenstelle eingerichtet werden (bei Ausbildung in mehreren Berufen jeweils separate berufsbezogene Kostenstellen). Dieser Kostenstelle sind die für die Ausbildungsstätte angefallenen anteiligen Kosten zuzuordnen, die auf diese Weise in die separate Kalkulation der Ausbildungskosten einbezogen werden können.

Der Umfang der im Krankenhaus auszugliedernden Kostenanteile ist analog dem in Kap. 4.4.3.6 Leistungen an Dritte beschriebenen Vorgehen zu ermitteln.

Kalkulatorische Kosten dürfen nicht angesetzt werden.

**Beispiel:**

Kosten der Praxisanleitung

Kosten der Praxisanleitung entstehen im Krankenhaus für die praktische Ausbildung der Schüler. Es handelt sich dabei um Kosten im Zusammenhang mit der Heranführung der Auszubildenden an die Aufgabenstellungen der beruflichen Praxis (vgl. § 2 Abs. 2 KrPflAPrV).

Folgende, im Zusammenhang mit der Praxisanleitung anfallende Kosten sind zu ermitteln und als nicht kalkulationsrelevant auszugliedern:

- **Praxisanleitung**
  

- **Qualifizierungs- bzw. Weiterbildungsmaßnahmen**
  
  Kosten für Lehrgänge und andere Qualifizierungs- bzw. Weiterbildungsmaßnahmen für die Tätigkeit als Praxisanleiter/-in werden in Höhe der angefallenen Lehrgangsgebühren und ggf. angefallener Reisekosten ausgegliedert.

  Außerdem ist die während des Lehrgangs angefallene Arbeitszeit zu berücksichtigen und, wie zuvor für die Praxisanleitung beschrieben, mit Kosten zu bewerten.

- **Kosten der Auszubildenden während der Praxiseinsätze**
  
  Es handelt sich um Kosten, die für die Auszubildenden im Zuge der praktischen Ausbildung anfallen (z.B. Kosten für Arbeitsmaterialien, Arbeitskleidung, Verpflegung, Fahrgelderstattungen).

Die auf diese Weise im Krankenhaus errechneten Personal- und Sachkosten der Praxisanleitung werden der für die Ausbildungsstätte eingerichteten Kostenstelle (bzw. den einzelnen berufsbezogenen Unterkostenstellen) unter贝chtung der weiter oben zu Modelltypus 1 bzw. Modelltypus 2 gegebenen Hinweise zugeordnet.
Beispiel:


Ausbildungsmehrvergütungen

Beispiel:

Berechnung von kalkulationsrelevanten Ausbildungsvergütungen:

| Summe der Ausbildungsvergütungen im Pflegebereich | 500.000 GE |
| Auszubildende im Pflegebereich | 50 Auszubildende |
| Durchschnittliche Vergütung je Auszubildenden (500.000 GE / 50) | 10.000 GE |
| Summe der Vergütung für 9,5 Auszubildende (9,5 * 10.000 GE) | 95.000 GE |
| Durchschnittliche Personalkosten je Vollzeitkraft (VK) im Pflegedienst | 40.000 GE |
| Differenz (95.000 GE – 40.000 GE) | 55.000 GE |
| Auszugliedernde Ausbildungsvergütungen (55.000 GE / 9,5 VK * 50 VK) | 289.474 GE |
| Kalkulationsrelevante Ausbildungsvergütungen (40.000 GE / 9,5 VK * 50 VK) | 210.526 GE |


Arbeitsschritte:

- Prüfen Sie, in welcher Art betriebliche Verflechtungen zwischen Krankenhaus und Ausbildungsstätte vorliegen.
- Prüfen Sie Umfang und Art der zu verrechnenden Kosten und gliedern Sie die relevanten Kostenanteile wie modelltypisch beschrieben aus.
- Legen Sie gemeinsam mit den Verantwortlichen für die Praxisanleitung den dafür auszugliedernden Kostenumfang fest.
- Prüfen Sie Umfang und Art der ermittelten Kosten der Praxisanleitung und gliedern Sie die relevanten Kostenanteile wie modelltypisch beschrieben aus.
Berechnen Sie die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen für die relevanten Ausbildungsberufe. Gliedern Sie die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen aus und übermitteln Sie die Daten gemeinsam mit den Angaben für die Ausbildungsstätten.


Erstellen Sie die Datei „Ausbildung“ für die Übermittlung des Datensatzes nach § 21 KHEntgG.

Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachvollziehen zu können.

### 4.5 Checkliste zum 4. Kapitel


#### Tabelle 6: Checkliste Kapitel 4

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbeitsschritte</th>
<th>Kapitel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Prüfung der Vollständigkeit und Plausibilität der medizinischen Fall-</td>
<td>4.1.1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>dokumentation (ICD-, OPS-Kodes)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Prüfung der in den direkten Kostenstellen vorliegenden Verbrauchsdaten im</td>
<td>4.1.1.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Hinblick auf Fall- und Tagesbezug, Vollständigkeit und Differenziertheit unter</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Beachtung der Vorgaben für die Einzel- und Gemeinkostenzurechnung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitsschritte</td>
<td>Kapitel</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Prüfung, ob die in der letzten Summen- und Saldenliste ausgewiesenen</td>
<td>4.1.2.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Aufwendungen mit den in der Gewinn- und Verlustrechnung des Jahresabchlusses</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ausgewiesenen Aufwendungen übereinstimmen (ggf. Korrekturbuchungen auf das</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgleichskonto)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Prüfung, ob die in der Kostenstellenrechnung ausgewiesene Summe der</td>
<td>4.1.2.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Aufwendungen zzgl. der Summe der Einzelkosten mit der Summe der Aufwendungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>in der Finanzbuchhaltung übereinstimmt (ggf. Korrekturbuchungen auf die</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Abgrenzungskostenstelle)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Prüfung der in der Finanzbuchhaltung vorliegenden Kontengliederung (ggf.</td>
<td>4.1.2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Einrichtung zusätzlicher Unterkonten)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Prüfung der vorhandenen Kostenstellengliederung (ggf. Einrichtung zusätzlicher</td>
<td>4.1.2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenstellen)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Prüfung der für indirekte Kostenstellen vorhandenen Verrechnungs-</td>
<td>4.1.3</td>
</tr>
<tr>
<td>schlüssel</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. Ermittlung und Kennzeichnung der in die Personalkostenverrechnung</td>
<td>4.2</td>
</tr>
<tr>
<td>einzubeziehenden direkten Kostenstellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. Ermittlung der Arbeitszeitanteile, die Mitarbeiter direkter Kostenstellen</td>
<td>4.2</td>
</tr>
<tr>
<td>für andere Kostenstellen tätig sind, als Grundlage einer Personalkosten-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>verrechnung auf die leistungsempfangenden Kostenstellen über</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• mitarbeiterbezogene Zeiterfassung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• andere geeignete Statistiken oder Schätzungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10. Durchführung der Personalkostenverrechnung: Entlastung der leistung-</td>
<td>4.2</td>
</tr>
<tr>
<td>serbringenden Kostenstellen anhand des ermittelten Verteilungsschlüssels von</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>den direkten Personalkosten und entsprechende Belastung der</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>leistungsempfangenden Kostenstellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11. Prüfung der Kalkulationsrelevanz der erbrachten Leistungen in jeder</td>
<td>4.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenstelle, Bereinigung der Leistungsstatistik um nicht kalkulations-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>relevante Kostenanteile unter Beachtung der Anforderungen an die Kostensatz-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bzw. Verrechnungssatzbildung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12. Ausgliederung der periodenfremden und außerordentlichen Aufwendungen</td>
<td>4.4.1.2</td>
</tr>
<tr>
<td>(Buchung auf das Ausgleichskonto in der Kostenartenrechnung bzw. Belastung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>der Abgrenzungskostenstelle in der Kostenstellenrechnung)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13. Ausgliederung der Aufwendungen aus der Zuführung zu Rückstellungen für</td>
<td>4.4.1.3</td>
</tr>
<tr>
<td>andere Sachverhalte als Urlaub und Mehrarbeit (Buchung auf das Ausgleichskonto</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>in der Kostenartenrechnung bzw. Belastung der Abgrenzungskostenstelle in der</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenstellenrechnung)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Arbeitsschritte

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbeitsschritt</th>
<th>Kapitel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>14. Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen gemäß der Übersicht der Abgrenzungstatbestände in Anlage 2 (Buchung auf das Ausgleichskonto in der Kostenartenrechnung bzw. Belastung der Abgrenzungskostenstelle in der Kostenstellenrechnung)</td>
<td>4.4.1.4</td>
</tr>
<tr>
<td>15. Kategorisierung aller Kostenstellen in</td>
<td>4.4.2.1</td>
</tr>
<tr>
<td>- direkte Kostenstellen</td>
<td>4.4.2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>- indirekte Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur</td>
<td>4.4.2.3</td>
</tr>
<tr>
<td>- indirekte Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- abzugrenzende Kostenstellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- gemischte Kostenstellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16. Ermittlung des jeweiligen Anteils der nicht kalkulationsrelevanten Leistungen der einzelnen gemischten Kostenstellen anhand von entsprechenden Leistungsstatistiken (als Prozentsatz der gesamten Leistungen), Entlastung der einer Kostenstelle zugeordneten Kosten anhand dieses ermittelten Prozentsatzes auf die Abgrenzungskostenstelle (dabei sind i.d.R. alle Kostenarten gleichmäßig zu entlasten)</td>
<td>4.4.3</td>
</tr>
<tr>
<td>17. Ausgliederung des nicht kalkulationsrelevanten Kostenanteils der Kostenstelle „Ausbildungsstätte“, Aufbereitung dieser Daten für die separate Übermittlung</td>
<td>4.4.4</td>
</tr>
<tr>
<td>18. Entlastung der Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ von kalkulationsrelevanten Ausbildungsvergütungen und Zuordnung auf die Pflegefachbereiche, in denen die Auszubildenden eingesetzt sind (ist dies nicht möglich, erfolgt eine gleichmäßige Belastung der Pflegefachbereiche mit den kalkulationsrelevanten Ausbildungsvergütungen)</td>
<td>4.4.4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
5. KOSTENSTELLENVERRECHNUNG


Abbildung 4: Übersicht über die Kalkulationsschritte: Kostenstellenverrechnung

Aus der Grafik ergeben sich die zentralen Arbeitsschritte, die im Zuge der Kalkulation im Rahmen der Kostenstellenverrechnung durchzuführen sind. In Kapitel 5 werden die folgenden Vorgänge erläutert:
Überblick über die zentralen Kalkulationsschritte Kapitel 5:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schritt</th>
<th>Kapitel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Einrichtung von Kostenartengruppen in den direkten Kostenstellen</td>
<td>5.1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Entlastung von Sammelkostenstellen</td>
<td>5.1.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Verdichtung von indirekten und abgegrenzten Kostenstellen</td>
<td>5.1.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Verteilung der Kosten der indirekten Kostenstellen auf die direkten Kostenstellen im Rahmen der Innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (IBLV)</td>
<td>5.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgliederung von abzugrenzenden Kostenstellen</td>
<td>5.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Verdichtung der Kostenarten zu Kostenartengruppen</td>
<td>5.4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5.1 Vorbereitende Arbeiten

5.1.1 Einrichtung von Kostenartengruppen

Die auf direkte Kostenstellen gebuchten Kostenarten werden nach Durchführung der Kostenstellenverrechnung zu Kostenartengruppen zusammengefasst. Hierdurch wird der Rechenaufwand sowohl bei der patientenbezogenen Kostenzuordnung im Krankenhaus als auch bei der Berechnung der Relativgewichte im InEK reduziert. Folgende Kostenartengruppen sind definiert (vgl. Spalten in der Tabelle der Anl. 5):

- **Kostenartengruppe 1**: Personalkosten ärztlicher Dienst
- **Kostenartengruppe 2**: Personalkosten Pflege-/Erziehungsdienst
- **Kostenartengruppe 3a**: Personalkosten Psychologen
- **Kostenartengruppe 3b**: Personalkosten Sozialarbeiter/Sozial-/Heilpädagogen
- **Kostenartengruppe 3c**: Personalkosten Spezialtherapeuten
- **Kostenartengruppe 3**: Personalkosten des medizinisch-technischen Dienstes und des Funktionsdienstes
- **Kostenartengruppe 4a**: Sachkosten für Arzneimittel
- **Kostenartengruppe 4b**: Sachkosten für Arzneimittel (Einzelkosten/ Istverbrauch)
Kalkulation von Behandlungskosten in PSY-Einrichtungen

Kapitel 5: Kostenstellenverrechnung

Version 1.0 – 16. November 2010

Kostenartengruppe 6a  Sachkosten des medizinischen Bedarfs (ohne Arzneimittel)
Kostenartengruppe 6b  Sachkosten des medizinischen Bedarfs (Einzelkosten/Istverbrauch; ohne Arzneimittel)
Kostenartengruppe 7  Personal- und Sachkosten der medizinischen Infrastruktur
Kostenartengruppe 8  Personal- und Sachkosten der nicht medizinischen Infrastruktur

Hinweis:

Die Kostenartengruppe 5 (Sachkosten für Implantate, Transplantate) ist in PSY-Einrichtungen nicht relevant und daher nicht aufgeführt.


Die Zuordnung einzelner Berufsbilder zu den Kostenartengruppen 2, 3 sowie 3a-3c ergibt sich aus den Vorgaben in Anlage 12. Mit dort nicht aufgeführten Berufen ist sinngemäß wie mit den bereits genannten Berufen zu verfahren. Bei der Entscheidung über die Zuordnung einzelner Mitarbeiter ist primär auf deren formale berufliche Qualifikation abzustellen. Sofern jedoch qualifizierte Mitarbeiter überwiegend in Bereichen eingesetzt werden, die nicht ihrer formalen Berufsbezeichnung entsprechen, sind diese Mitarbeiter der dem Einsatzbereich entsprechenden Kostenartengruppe zuzuordnen.
### Tabelle 7: Ergänzend einzurichtende Konten zur Differenzierung der Personalaufwendungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konto- gruppe</th>
<th>Bezeichnung</th>
<th>Kontoartengruppe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>60</td>
<td>Löhne und Gehälter</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Psychologen</td>
<td>6013 3a</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sozialarbeiter, Sozial- und Heilpädagogen</td>
<td>6014 3b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Spezialtherapeuten</td>
<td>6015 3c</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Erziehungsdienst</td>
<td>6016 2</td>
</tr>
<tr>
<td>61</td>
<td>Gesetzliche Sozialabgaben</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Psychologen</td>
<td>6113 3a</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sozialarbeiter, Sozial- und Heilpädagogen</td>
<td>6114 3b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Spezialtherapeuten</td>
<td>6115 3c</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Erziehungsdienst</td>
<td>6116 2</td>
</tr>
<tr>
<td>62</td>
<td>Aufwendungen für Altersversorgung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Psychologen</td>
<td>6213 3a</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sozialarbeiter, Sozial- und Heilpädagogen</td>
<td>6214 3b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Spezialtherapeuten</td>
<td>6215 3c</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Erziehungsdienst</td>
<td>6216 2</td>
</tr>
<tr>
<td>63</td>
<td>Aufwendungen für Beihilfen und Unterstützungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Psychologen</td>
<td>6313 3a</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sozialarbeiter, Sozial- und Heilpädagogen</td>
<td>6314 3b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Spezialtherapeuten</td>
<td>6315 3c</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Erziehungsdienst</td>
<td>6316 2</td>
</tr>
<tr>
<td>64</td>
<td>Sonstige Personalaufwendungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Psychologen</td>
<td>6413 3a</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sozialarbeiter, Sozial- und Heilpädagogen</td>
<td>6414 3b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Spezialtherapeuten</td>
<td>6415 3c</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Erziehungsdienst</td>
<td>6416 2</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Die Verdichtung der übrigen Kostenarten zu den Kostenartengruppen 1 bis 6 erfolgt nach Durchführung der Kostenstellenverrechnung (vgl. Kap. 5.4).

**Hinweis:**

1. Krankenhäuser, die sowohl nach dem DRG- als auch dem PSY-Entgeltsystem abrechnen, verwenden für die Personalaufwendungen sämtlicher Mitarbeiter der Dienstarten med.-techni. Dienst und Funktionsdienst den beschriebenen erweiterten Kontenrahmen und ordnen die einzelnen Konten den Kostenartengruppen 3, 3a, 3b und 3c zu. Für den Ausweis der Personalaufwendungen im Rahmen der DRG-Kalkulation ist eine Aggregation der in den Kostenartengruppen 3a, 3b
und 3c zugeordneten Personalaufwendungen zur Kostenartengruppe 3 vorzunehmen. Personalaufwendungen der Mitarbeiter im Erziehungsdienst werden im Rahmen der DRG-Kalkulation der Kostenartengruppe 3 und im Rahmen der PSY-Kalkulation der Kostenartengruppe 2 zugeordnet.

**Arbeitsschritte:**

☑️ Richten Sie in jeder direkten Kostenstelle die genannten Kostenarten mit den Bezeichnungen „Kostenartengruppe 1“ bis „Kostenartengruppe 8“ ein.

☑️ Ordnen Sie die Personalaufwendungen der einzelnen Mitarbeiter entsprechend den Vorgaben den dafür vorgesehenen Konten zu.

☑️ Ordnen Sie jedes Konto (Kostenart) Ihres Kontenplans einer der definierten Kostenartengruppen zu.

☐ Fügen Sie eine Kopie des Kontenplans mit Angabe der jeder Kostenart zugeordneten Kostenartengruppe der Dokumentation bei.

☑️ Stellen Sie sicher, dass die indirekten Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur im Zuge der Kostenstellenverrechnung jeweils der Kostenartengruppe 7 der direkten Kostenstellen zugeordnet werden.

☑️ Die Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur werden nach Durchführung der IBLV jeweils der Kostenartengruppe 8 der direkten Kostenstellen zugeordnet.

### 5.1.2 Entlastung von Sammelkostenstellen

Die auf diesen Sammelkostenstellen gebuchten Kosten sind im Regelfall zum überwiegenden Teil für Leistungen am Patienten entstanden. Für eine korrekte kostenrechnerische Bewertung des Ressourceneinsatzes in den direkten Kostenstellen ist es von großer Bedeutung, dass die genannten Kostenstellen vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung so weit wie möglich von Kosten entlastet werden, die in den Kostenartengruppen 1 bis 6 der direkten Kostenstellen zusammengefasst werden. Die entsprechenden Beträge sind auf die direkten Kostenstellen umzugliedern.

Die Umgliederung der den Sammelkostenstellen zugeordneten Personalkosten des ärztlichen Dienstes, des Pflege-/Erziehungsdienstes, der Therapeuten und des Funktionsdienstes erfolgt im Zuge der Personalkostenverrechnung (vgl. die Erläuterungen in Kap. 4.2 sowie in Kap. 6.2.2).

Sachkosten für Medikamente und Artikel des übrigen medizinischen Sachbedarfs sind denjenigen Kostenstellen zuzuordnen, in denen die betreffenden Sachgüter verbraucht wurden. Dafür sollten so weit wie möglich Verbrauchsstatistiken verwendet werden. Falls diese nicht vorliegen, können auch andere sachgerechte Bezugsgrößen als Grundlage der Kostenverteilung herangezogen werden.

Bsp.

Der „Allgemeinen Kostenstelle Psychiatrie“ sind Sachkosten in folgendem Umfang zugeordnet:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kostenart</th>
<th>KoAGrp</th>
<th>Betrag</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medikamente</td>
<td>4a</td>
<td>88.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Medikamente</td>
<td>4b</td>
<td>51.300</td>
</tr>
<tr>
<td>Übr. med. Sachbedarf</td>
<td>6a</td>
<td>54.650</td>
</tr>
<tr>
<td>Summe</td>
<td></td>
<td>193.950</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Für die teuren Medikamente der Kostenartengruppe 4b gelten die Vorgaben der Einzelkostenzurechnung (vgl. die Erläuterungen in Kap. 6.1.1), die Kosten sind den jeweiligen Patienten verbrauchsabhängig direkt zuzurechnen. Die der Kostenartengruppe 4a zuzuordnenden Medikamente und der übrige medizinische Sachbedarf wurden in den beiden Stationen der Abteilung Psychiatrie sowie in der Kostenstelle „Psychotherapie“ verbraucht, doch liegen dazu in den Kostenstellen keine Verbrauchsstatistiken vor. Als Verteilschlüssel werden daher ersatzweise die den Kostenstellen zugeordneten Personalkosten (Beträge nach durchgeführter Personalkostenverrechnung) der Kostenartengruppen 1-3 für die betreffenden Sachkostenarten herangezogen. Die Kostenumgliederung erfolgt entsprechend dem Verhältnis der je Kostenstelle zugeordneten Personalkosten zu den gesamten Personalkosten der betrachteten Kostenstellen. Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis der Kostenverteilung:
Kalkulation von Behandlungskosten in PSY-Einrichtungen

Kapitel 5: Kostenstellenverrechnung

Version 1.0 – 16. November 2010

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kostenstellen Abt. Psychiatrie</th>
<th>Personalkosten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>KoAGr 1-3</td>
</tr>
<tr>
<td>Allg. Kostenstelle</td>
<td>-88.000,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Station 1</td>
<td>210.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Station 2</td>
<td>218.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotherapie</td>
<td>125.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Summe</td>
<td>553.000</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nach Umgliederung gehen die den Kostenartengruppen 1 bis 6 zuzuordnenden Kosten in den direkten Kostenstellen in die Höhe des Kalkulationssatzes der jeweils definierten Bezugsgrößen ein. Letztlich trägt dies zu einem Kalkulationsergebnis bei, das aus dem medizinischen Leistungsgeschehen begründete Kostenunterschiede zwischen verschiedenen Fallgruppen erkennbar macht. Unterbleibt dagegen diese Umgliederung, so führt dies zu einem nicht leistungsgerechten Kalkulationsergebnis und einer sachlich nicht begründeten Ausweitung des Kostenvolumens im Infrastrukturbereich (Kostenartengruppen 7 und 8).

Hinweis:

1. Auf Sammelkostenstellen gebuchte Kosten, die den Kostenartengruppen 7 oder 8 zuzuordnen sind, werden im Zuge der Kostenstellenverrechnung den direkten Kostenstellen zugeordnet und müssen nicht vor umgegliedert werden.

Arbeitsschritte:

1. Prüfen Sie die Sammelkostenstellen auf dort gebuchte Kosten, die den Kostenartengruppen 1 bis 6 der direkten Kostenstellen zuzuordnen sind. Bei lediglich geringfügigen Kostenbeträgen müssen die nachfolgend dargestellten Arbeiten nicht durchgeführt werden.

2. Bei vorhandenen Personalkosten: Entlasten Sie die Sammelkostenstelle von ggf. noch nicht im Rahmen der Personalkostenverrechnung umgegliederten Personalkosten (zur Vorgehensweise vgl. die Erläuterungen in Kap. 4.2).

3. Bei vorhandenen Sachkosten: Prüfen Sie, ob Kosten für teure Sachgüter gebucht sind, die der Einzelkostenzurechnung unterliegen, und rechnen Sie diese Kosten verbrauchsabhängig den betreffenden Patienten zu (zur Vorgehensweise vgl. die Erläuterungen in Kap. 6.1.1).

4. Prüfen Sie, ob Statistiken über den Sachmittelverbrauch in den leistungsempfängenden Kostenstellen vorliegen. Ist dies nicht der Fall, wählen Sie eine sachgerechte Bezugsgröße für die Kostenverteilung.
Entlasten Sie die Sammelkostenstelle anhand des gewählten Verteilungs schlüssels von den direkten Sachkosten. Belasten Sie die leistungs empfangenden Kostenstellen entsprechend.

Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachvollziehen zu können.

5.1.3 Verdichtung von indirekten und abgegrenzten Kostenstellen

Für eine Feinsteuerung des Kosten- und Leistungsgeschehens verfügen große Krankenhäuser teilweise über eine sehr differenzierte Kostenstellenstruktur. Zur Vereinfachung der Kalkulation empfiehlt es sich, Kostenstellen anhand folgender Grundsätze zu verdichten:

- Indirekte Kostenstellen können zusammengefasst werden, wenn die Verteilung der Kosten auf die direkten Kostenstellen und ggf. die abzugrenzenden Kostenstellen jeweils auf der Grundlage identischer Verrechnungsschlüssel erfolgt.

- Abzugrenzende Kostenstellen können verdichtet werden, wenn die Verteilung der Kosten von den indirekten Kostenstellen auf abgegrenzte Kostenstellen, die zusammengefasst wurden, anhand des gleichen Verrechnungsschlüssels erfolgt.

- Direkte Kostenstellen werden in der Regel nicht zusammengefasst.

Beispiele:


- In einem Krankenhaus sind die Kostenstellen „Physikalische Therapie“ und „Ergotherapie“ eingerichtet. Da es sich um direkte Kostenstellen handelt, dürfen sie nicht zusammengefasst werden, obwohl die Leistungen beider Kostenstellen anhand der Leistungszeit auf die Patienten verteilt werden.
Arbeitsschritte:

✅ Prüfen Sie, ob die Einrichtung von Verdichtungskostenstellen vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung sinnvoll ist. Die weiteren Arbeitsschritte sind nur durchzuführen, wenn Verdichtungskostenstellen eingerichtet werden.

✅ Erstellen Sie eine Tabelle, aus der hervorgeht, welche Kostenstellen jeweils zu Verdichtungskostenstellen zusammengefasst werden.

✅ Legen Sie die Kosten der zu verdichtenden Kostenstellen auf die jeweilige Verdichtungskostenstelle um.

鬃 Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachvollziehen zu können.

5.2 Innerbetriebliche Leistungsverrechnung

5.2.1 Anwendbare Verrechnungsverfahren

Die innerbetriebliche Leistungsverrechnung (IBLV) verteilt die Kosten sämtlicher indirekter Kostenstellen des Krankenhauses anhand verursachungsgerechter Verrechnungsschlüssel auf die direkten Kostenstellen und ggf. die abzugrenzenden Kostenstellen. In jeder direkten Kostenstelle werden im Ergebnis die verrechneten Kosten der medizinischen und der nicht medizinischen Infrastruktur ausgewiesen und anschließend den einzelnen Patienten mit den vorgegebenen Bezugsgrößen zugeordnet.

Für die IBLV kommen grundsätzlich die drei folgenden Methoden in Betracht:

- Beim **Gleichungsverfahren** werden sämtliche Leistungsbeziehungen zwischen den Kostenstellen berücksichtigt.

- Beim **Stufenleiterverfahren** werden die Leistungsbeziehungen zwischen den indirekten Kostenstellen teilweise berücksichtigt. Die indirekten Kostenstellen werden der Reihe nach verrechnet, wobei die Kostenstelle mit den höchsten Kosten zuerst umgelegt wird. Leistungsbeziehungen zwischen den indirekten Kostenstellen werden im Rahmen der Kostenverteilung nur für Kostenstellen berücksichtigt, die noch nicht abgerechnet sind.

- Das **Anbauverfahren** vernachlässigt den Leistungsaustausch zwischen den indirekten Kostenstellen. Die indirekten Kostenstellen werden ausschließlich auf die direkten Kostenstellen verrechnet.
**Beispiele:**

**Gleichungsverfahren:**

**Stufenleiterverfahren:**

**Anbauverfahren:**

Hinweise:

1. Abzugrenzende Kostenstellen nehmen grundsätzlich nur als Leistungsempfänger an der IBLV teil. Gleiches gilt für die Kostenstellen der Ausbildungsstätten.

2. Indirekte Kostenstellen werden gegen die direkten Kostenstellen und die abzugrenzenden Kostenstellen entlastet.

3. Die Leistungsbeziehungen der indirekten Kostenstellen untereinander werden berücksichtigt, wenn die IBLV nach dem Stufeneinleiter- oder dem Gleichungsverfahren erfolgt.


5.2.2 Umlage mit Hilfe von Verrechnungsschlüsseln


Beispiele:


Anlage 8 gibt für die Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur und Anlage 9 für die Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur die zu verwendenden Verrechnungsschlüssel vor. Die Kostenstellenbezeichnungen sind beispielhaft zu verstehen und sinngemäß auf die Kostenstellengliederung des kalkulierenden Krankenhauses anzuwenden.


Sollte eine Verteilung der Kosten von indirekten Kostenstellen auf der Grundlage der vorgegebenen Verrechnungsschlüssel nicht möglich sein, können in Ausnahmefällen andere Verrechnungsschlüssel herangezogen werden. Voraussetzung ist, dass diese dem Prinzip der Kostenverursachung folgen und vor Verwendung mit dem InEK abgestimmt werden.
**Hinweise:**

1. Sofern die Zahl der Vollzeitkräfte als Verrechnungsschlüssel im Rahmen der IBLV angewendet wird, ist darauf zu achten, dass im Zuge der Personalkostenverrechnung auch die Vollkräftestatistik entsprechend angepasst wird.


Bei der Kostenkalkulation dürfen nur die kalkulationsrelevanten Kosten der direkten Kostenstellen für den jeweiligen Kostenträger berücksichtigt werden. Daher muss auch ein Teil der im Zuge der IBLV von den indirekten Kostenstellen auf die gemischten direkten Kostenstellen verrechneten Kosten als nicht kalkulationsrelevant abgegrenzt werden.

Maßgeblich für die Höhe des Abgrenzungsbetrags ist der am gesamten Leistungsvolumen gemessene prozentuale Anteil der von der gemischten Kostenstelle erbrachten nicht kalkulationsrelevanten Leistungen. Dieser Prozentsatz lässt sich aus den Ergebnissen der in Kapitel 4.4.2 dargestellten Arbeiten unmittelbar ableiten.

Die von indirekten Kostenstellen zuzuordnenden Kosten sind unter Berücksichtigung dieses Prozentsatzes der direkten gemischten Kostenstelle und der Abgrenzungskostenstelle zuzuordnen.

Die folgende Darstellung veranschaulicht schematisch den Zusammenhang zwischen der Abgrenzung nicht kalkulationsrelevanter Kostenanteile und der Kostenverrechnung im Zuge der IBLV:

In Schritt 3 erfolgt für gemischte direkte Kostenstellen die Kostenausgliederung sowohl für die primären Kosten (durchgehende Linie in der Grafik) als auch für die aus indirekten Kostenstellen verrechneten Kosten (gestrichelte Linie in der Grafik) anhand des festgestellten nicht kalkulationsrelevanten Leistungsanteils. Für die gemischte direkte Kostenstelle setzt sich der Ausgliederungsbetrag demnach anteilig aus primären Kosten und den aus indirekten Kostenstellen verrechneten Kosten zusammen. Die Umbuchung der abzugrenzenden Kosten auf die Abgrenzungskostenstelle erfolgt nach durchgeführter Kostenstellenverrechnung. Geeignete Vorgehensweisen zur Ermittlung nicht kalkulationsrelevanter Leistungsanteile beschreibt Kap. 4.4.3 ausführlich anhand beispielhafter Ausgliederungstatbestände.

**Beispiel:**

Für die Kostenstelle „Funktionsdiagnostik“ weist die Kostenstellen- auswertung direkt gebuchte Kosten in Höhe von 400.000 GE aus. Der in Kap. 4.4.3.1 erläuterten Vorgehensweise folgend wurde ein auf ambulante Patienten entfallender Anteil in Höhe von 25% an der Gesamtleistung der Kostenstelle festgestellt. Demnach sind 100.000 GE primäre Kosten für die Behandlung von ambulanten Patienten als nicht kalkulationsrelevant auszugliedern.


In Summe sind damit nicht kalkulationsrelevante Kosten der direkten Kostenstelle „Funktionsdiagnostik“ in Höhe von 105.000 GE auszugliedern und der Abgrenzungskostenstelle zuzuordnen.
Kapitel 5: Kostenstellenverrechnung

Arbeitsschritte:

- Erzeugen Sie eine Summen- und Saldenliste für die Kostenstellen vor Durchführung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung und nehmen Sie die Liste in die Dokumentation auf.
- Legen Sie für jede indirekte Kostenstelle einen Verrechnungsschlüssel fest.
- Fügen Sie der Dokumentation eine Aufstellung der für die einzelnen indirekten Kostenstellen verwendeten Verrechnungsschlüssel bei.
- Führen Sie die IBLV auf der Grundlage des gewählten Verfahrens für die Kostenverteilung durch. Verteilen Sie dabei mindestens die Kosten der indirekten Kostenstellen auf die direkten und abzugrenzenden Kostenstellen.
- Grenzen Sie die verrechneten Kosten der indirekten Kostenstellen auf die gemischten direkten Kostenstellen anteilig ab und buchen Sie den Abgrenzungsbetrag auf die Abgrenzungskostenstelle.
- Erzeugen Sie eine Summen- und Saldenliste nach Durchführung der IBLV und fügen Sie die Liste der Dokumentation bei.

5.3 Ausgliederung von abzugrenzenden Kostenstellen

Nach Durchführung der Kostenstellenverrechnung werden die abzugrenzenden Kostenstellen jeweils von ihren Kosten entlastet. Die Kosten werden auf die Abgrenzungskostenstelle (Sammelkostenstelle) gebucht.

Arbeitsschritte:

- Entlasten Sie die abzugrenzenden Kostenstellen gegen die Abgrenzungskostenstelle.
- Erstellen Sie eine Summen- und Saldenliste für die abzugrenzenden Kostenstellen jeweils vor und nach ihrer Entlastung und fügen Sie die Summen- und Saldenliste der Dokumentation bei.
5.4 Verdichtung der Kostenarten zu Kostenartengruppen

Nach Durchführung der Kostenstellenverrechnung werden die auf den direkten Kostenstellen gebuchten Kostenarten zu den bereits eingerichteten Kostenartengruppen zusammengefasst.


Abbildung 6: Verdichtung der Kostenarten zu Kostenartengruppen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Medizinische Infrastruktur</th>
<th>Nicht med. Infrastruktur</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Indirekte KST</strong></td>
<td>Kostenarten gem. KHBV</td>
<td>Kostenarten gem. KHBV</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Direkte KST</strong></td>
<td>1 2 3a 3b 3c 3 4a 4b 6a 6b</td>
<td>7 8</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kostenartenwechsel im Zuge der IBLV</strong></td>
<td></td>
<td>Verrechnete Kosten</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Primäre Kosten</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kostenartengruppen der direkten Kostenstellen
Beispiel:

Der medizinische Schreibdienst ist eine Kostenstelle der medizinischen Infrastruktur. Auf dieser Kostenstelle sind Kosten für den medizinisch-technischen Dienst, den Bürobedarf und der Reinigung in Höhe von 60.000 GE gebucht. Im Zuge der IBLV wird die indirekte Kostenstelle „medizinischer Schreibdienst“ vollständig von ihren Kosten entlastet.

Nach Auswertung der Leistungsdokumentation über die erstellten Dokumente erfolgt die Verteilung der Kosten wie folgt:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kostenstelle „medizinischer Schreibdienst“</th>
<th>Empfänger</th>
<th>Leistungsanteil</th>
<th>Betrag</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Psychotherapie</td>
<td>80%</td>
<td>48.000</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Station</td>
<td>10%</td>
<td>6.000</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ergotherapie</td>
<td>5%</td>
<td>3.000</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulanz</td>
<td>5%</td>
<td>3.000</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Summe</td>
<td>100%</td>
<td>60.000</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Arbeitsschritte:

☑ Ordnen Sie für jede Kostenstelle die Kostenarten den Kostenartengruppen entsprechend der Vorgaben in Anlage 4.1 zu.

☑ Löschen Sie ggf. die bis dahin verwendeten Kostenarten im EDV-System, um die Übersichtlichkeit der Kostendaten zu erhöhen.
5.5 Checkliste zum 5. Kapitel

Um Kapitel 5 abzuschließen, werden die wesentlichen Arbeitsschritte zur Durchführung der Kalkulation in der Checkliste zusammengefasst:

Tabelle 8: Checkliste Kapitel 5

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbeitsschritte</th>
<th>Kapitel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Einrichtung der 12 Kostenartengruppen in jeder direkten Kostenstelle</td>
<td>5.1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Sicherstellung, dass die Kosten der indirekten Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur im Zuge der Kostenstellenverrechnung jeweils der Kostenartengruppe 7 der direkten Kostenstellen zugeordnet werden</td>
<td>5.1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Sicherstellung, dass die Kosten der indirekten Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur im Zuge der Kostenstellenverrechnung jeweils der Kostenartengruppe 8 der direkten Kostenstellen zugeordnet werden</td>
<td>5.1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Prüfung der Sammelkostenstellen auf dort gebuchte Kosten, die den Kostenartengruppen 1 bis 6 der direkten Kostenstellen zuzuordnen sind</td>
<td>5.1.2</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Entlastung der Sammelkostenstellen</td>
<td>5.1.2</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Prüfung der Einrichtung von Verdichtungskostenstellen vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung und ggf. Umlage der Kosten der zu verdichtenden Kostenstellen auf die jeweilige Verdichtungskostenstelle</td>
<td>5.1.3</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Erzeugung einer Summen- und Saldenliste für die Kostenstellen vor Durchführung der IBLV</td>
<td>5.2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Zuordnung von Verrechnungsschlüsseln für jede indirekte Kostenstelle der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur</td>
<td>5.2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Durchführung der IBLV auf der Grundlage des gewählten Verfahrens (Gleichungs-, Stufenleiter- oder Anbauverfahren): Verteilung der Kosten der indirekten Kostenstellen der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur auf der Grundlage der gebildeten Verrechnungsschlüssel auf die direkten Kostenstellen</td>
<td>5.2.2</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Arbeitsschritte | Kapitel
--- | ---
10. Abgrenzung des nicht kalkulationsrelevanten Anteils der verrechneten Kosten der indirekten Kostenstellen auf die gemischten direkten Kostenstellen und Buchung des Abgrenzungsbetrags auf die Abgrenzungskostenstelle | 5.2.2
11. Erzeugung einer Summen- und Saldenliste nach Durchführung der IBLV | 5.2.2
12. Entlastung der abzugrenzenden Kostenstellen gegen die Abgrenzungskostenstelle | 5.3
13. Erstellung einer Summen- und Saldenliste für die abzugrenzenden Kostenstellen jeweils vor und nach ihrer Entlastung auf die Abgrenzungskostenstelle | 5.3
14. Verdichtung der Kostenarten je direkter Kostenstelle zu Kostenartengruppen entsprechend den Vorgaben der Anlage 4.1 | 5.4
15. Löschung der bis dahin verwendeten Kostenarten im EDV-System zur Erhöhung der Übersichtlichkeit | 5.4

**Prüfung der durchgeführten Arbeiten**

Im Hinblick auf ein inhaltlich und formal plausibles Ergebnis sollten zur Kostenstellenverrechnung die nachfolgend aufgeführten Prüfungen und Abgleiche vorgenommen werden:

- Die verwendeten Verrechnungsschlüssel entsprechen den Vorgaben der Anlagen 8 und 9.
- Die als Verrechnungsschlüssel verwendeten Größen weisen eine geprüfte und plausible Ausprägung auf.

Beispiele:

- Die Zahl der Beköstigungstage steht in einem plausiblen Verhältnis zu der Zahl der Pflegetage.
- Die Reinigungsfläche (= Grund- oder Nutzfläche gewichtet mit der Reinigungshäufigkeit) steht in einem plausiblen Verhältnis zu der Grund- oder Nutzfläche einzelner Bereiche.
- Die in einzelnen Leistungsstatistiken dokumentierten Arbeitsstunden (z.B. der Werkstätten) stehen in einem plausiblen Verhältnis zu der Netto-Jahresarbeitszeit der in dem Bereich tätigen Mitarbeiter.
Die Zahl der Vollzeitkräfte je Dienstart korrespondiert mit der Stellenanzahl (unter Berücksichtigung der Stellenbesetzung und des Stellenumfangs) und dem Personalkostenvolumen je Dienstart.

Die auf den indirekten Kostenstellen primär gebuchte Kostensumme entspricht der Summe aus den in den Modulen der Kostenartengruppen 7 und 8 über alle in die Kalkulation einbezogenen Patienten ausgewiesenen Kosten und den aus den indirekten Kostenstellen abgegrenzten Kostenanteilen.

Bei summarischer Betrachtung der auf die Kostenstellengruppen verrechneten Infrastrukturkosten über alle in die Kalkulation einbezogenen Patienten zeigt sich in den Kostenartengruppen 7 bzw. 8 eine plausible, der Inanspruchnahme durch die Leistungsbereiche folgende Verteilung.

Es liegt kein Verrechnungsergebnis vor, das eine Kumulation der Infrastrukturkosten in nur einem (bzw. sehr wenigen) Modulen der Kostenartengruppen 7 oder 8 beinhaltet, da dies in aller Regel nicht durch eine entsprechende Inanspruchnahme von Infrastrukturleistungen begründet ist.
6. KOSTENTRÄGERRECHNUNG


Abbildung 7: Übersicht der Kalkulationsschritte:
Kostenträgerrechnung

Überblick über die zentralen Kalkulationsschritte Kapitel 6:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kalkulationsschritt</th>
<th>Kapitel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zuordnung der direkten Kostenstellen zu Kostenstel-</td>
<td>6.2.1</td>
</tr>
<tr>
<td>len-gruppen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bildung leistungshomogener Kostenstellen</td>
<td>6.2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchführung der Kostenträgerrechnung: Einzel- und</td>
<td>6.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Gemeinkostenzurechnung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verdichtung der Kostendaten zu Kostenmodulen</td>
<td>6.5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

6.1 Anzuwendende Kalkulationsverfahren

6.1.1 Einzelkostenzuordnung

6.1.1.1 Allgemeine Kalkulationsrichtlinien

Einzelkosten sind dem einzelnen Patienten direkt und verursachungsgerecht zuzuordnen. Sie sind kalkulationsrelevant, wenn sie in Zusammenhang mit der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen für kalkulationsrelevante Fälle entstehen. Im Rahmen dieses Kalkulationsschemas ist eine Einzelkostenzuordnung für ausgewählte, teure Sachgüter zwingend vorgeschrieben (vgl. dazu die Aufstellung in Anlage 10).

Die Einzelkostenzuordnung hat für die Weiterentwicklung des pauschalierten Entgeltsystems hohe Bedeutung, da durch die verursachungsgerechte Zuordnung der Kosten für teure Sachgüter eine schärfere Unterscheidung des Aufwands möglich ist. Darüber hinaus ist die Einzelkostenzuordnung Voraussetzung für eine differenzierte Betrachtung hoch spezialisierter und aufwendiger Leistungen im Hinblick auf eine ggf. festzusetzende separate Vergütung durch ergänzende Entgeltelemente (z.B. Zusatzentgelte).

Der Einzelkostenzuordnung darf nur der dokumentierte Ist-Verbrauch zugrunde gelegt werden. Für bestimmte Artikel bzw. Artikelgruppen besteht zusätzlich die Möglichkeit, die Einzelkostenzuordnung anhand eines ausreichend differenzierten und vom InEK genehmigten Klinischen Verteilungsmodells (KVM) vorzunehmen.

Anlage 10 enthält eine nach Artikelgruppen geordnete Aufstellung von Einzelartikeln, für die eine Einzelkostenzuordnung verbindlich vorgegeben wird. Darin ist für jeden Artikel das anwendbare Verfahren der Einzelkostenzuordnung sowie der Kostenarten- und ggf. auch Kostenstellengruppenausweis angegeben. Die Einzelartikel entstammen folgenden Artikelgruppen:

Einzelkosten werden dem Patienten direkt zugerechnet

Anlage 10 enthält eine Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenzuordnung
Medikamente
Blutprodukte
Herz-/Röntgenkatheter
Andere Verbrauchsmaterialien
Aufwendige Fremdleistungen

Diese Aufstellung wird regelmäßig durch das InEK an die aktuellen Anforderungen für die Weiterentwicklung pauschalierten Entgeltsystems angepasst.

Eine darüber hinausgehende Einzelkostenzuordnung von weiteren Artikelgruppen oder Leistungen ist jederzeit möglich.

Die Bewertung von direkt zugeordneten Artikeln erfolgt nach den Anschaffungskosten (Bruttowerte). Zulässig ist daneben eine Bewertung nach gleitenden Durchschnittspreisen, wenn die Anschaffungskosten nicht zur Verfügung stehen.

Die Erfassung und Zurechnung von Einzelkosten kann nach zwei alternativen Verfahrensweisen erfolgen:

**Priorität 1: Fallbezogene Einzelkostenzurechnung (Ist-Verbrauch)**

Den Patienten werden die Einzelkosten direkt anhand des dokumentierten Ist-Verbrauchs zugeordnet. Dies kann durch eine kosten trägerbezogene Erfassung und Zurechnung aus der Finanzbuchhaltung oder anhand der Zurechnung über die Kostenstelle erfolgen.

**Alternative 1: Zurechnung über die Kostenstelle**


**Beispiel:**

Im Stationszimmer werden Medikamente aufbewahrt; die Kostenstelle „Station“ ist mit den Kosten für diese Medikamente belastet. Ein Patient erhält im Rahmen seiner Behandlung ein Medikament verabreicht. Die Kosten für das Medikament werden dem Kostenträger belastet, die Kostenstelle von Kosten in gleicher Höhe entlastet.
Alternative 2: Zurechnung aus der Finanzbuchhaltung

Die Einzelkostenzuordnung erfolgt unmittelbar als kostenträgerbezogene Buchung, d.h. ohne eine Verrechnung über Kostenstellen (abweichend von den Vorschriften der KHBV).

Beispiel:

Ein stationärer Patient benötigt ein seltenes, sehr teures Medikament. Das Medikament wird in der Krankenhausapotheke nicht vorgehalten und muss im Großhandel beschafft werden. Die Kosten werden dem Kostenträger direkt zugeordnet; eine Verrechnung über die Kostenstelle der Station erfolgt nicht.

Priorität 2: Einzelkostenzurechnung über hausindividuelle klinische Verteilungsmodelle (KVM)


Beispiel:

Einzelkostenzurechnung über klinisches Verteilungsmodell

In der psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses werden unterschiedliche antiretrovirale Substanzen zur Behandlung von HIV-Infektionen, z.B. Proteasehemmer, Fusionsinhibitoren, Nukleosidanaloga und nicht nukleosidale RT-Inhibitoren, zur Therapie bei HIV-1-infizierten Patienten eingesetzt.

Es liegen keine auswertbaren patientenbezogenen Angaben zur Behandlung mit diesen Wirkstoffen vor. Im Materialwirtschaftssystem sind als Gesamtkosten für diese Wirkstoffe im abgelaufenen Geschäftsjahr 9.504 GE dokumentiert.

Damit diese Kosten trotz fehlender fallbezogener Verbrauchsinformationen denjenigen Patienten zugeordnet werden können, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit diese Wirkstoffe eingesetzt wurden, wird folgendes klinisches Verteilungsmodell entwickelt:
1. Festlegen der Identifikationsmerkmale

Als Identifikationsmerkmale der relevanten Patienten werden festgelegt:

- Prozedurenkode: 8-548.- Hochaktive antiretrovirale Therapie [HAART] (OPS Version 2010)

2. Selektion der Patienten mit Identifikationsmerkmal

Eine Auswertung anhand der o.g. Merkmale in der Patientendatenbank erbrachte 10 Fälle, die die definierte Kombination von Identifikationsmerkmalen aufweisen.

3. Patientenbezogene Kostenzurechnung

Mangels fallindividueller Verbrauchsangaben werden die Gesamtkosten der Wirkstoffe in Höhe von 9.504 GE gleichmäßig auf die identifizierten 10 Patienten verteilt:

\[ \frac{9.504}{10} = 950,40 \text{ GE je Fall} \]

4. Tagesbezogene Verteilung

Die 950,40 GE werden mangels tagesvariabler Verbrauchsangaben tagesgleich auf jeden Behandlungstag des Patienten verteilt. Bei 15 Behandlungstagen werden somit diesem Beispielfall 63,36 GE dem Modul 21.4b (Station - Regelbehandlung Einzelkosten Medikamente) zugewiesen.

5. Bereinigung der Medikamentenkosten in der Kostenstelle

Damit die über das klinische Verteilungsmodell als Einzelkosten zugerechneten Medikamentenkosten nicht auch als Gemeinkosten und damit den betroffenen Patienten der psychiatrischen Station (= Kostenstelle) doppelt zugerechnet werden, ist die Summe der Medikamentenkosten der Kostenstelle um den über das klinische Verteilungsmodell zugerechneten Gesamtbetrag von 9.504 GE zu vermindern.

Hinweise:

ℹ Voraussetzung für eine verursachungsgerechte Zuordnung von Einzelkosten ist, dass die eingesetzten Leistungserfassungssysteme Einzelleistungen fall- und tagesbezogen ausweisen können. Das InEK fragt bei den Kalkulationskrankenhäusern regelmäßig deren Möglichkeiten zur Einzelkostenzuordnung bestimmter Artikel bzw. Artikelgruppen ab.

ℹ Die Bewertung von direkt zugeordneten Artikeln erfolgt nach den Anschaffungskosten (Bruttowerte). Zulässig ist daneben eine Bewertung nach gleitenden Durchschnittspreisen, wenn die Anschaffungskosten nicht zur Verfügung stehen.

ℹ Beim Einsatz von Materialwirtschaftssystemen können die vom System ermittelten letzten Einkaufspreise oder gleitenden Durchschnittspreise verwendet werden. Vor einer systemgestützten Bewertung mit gleitenden Durchschnittspreisen sind die bei Einführung des Systems hinterlegten Bestände und Durchschnittspreise stichprobenartig auf Plausibilität zu prüfen.

ℹ Einzelkosten werden im Kalkulationsdatensatz in separaten Kostenmodulen ausgewiesen (vgl. dazu Anl. 5 und 10).

Arbeitsschritte:

☑ Ermitteln Sie die Kosten, die in Ihrem Krankenhaus als Einzelkosten verrechnet werden.

☑ Prüfen Sie, ob die Kostenstellen jeweils in Höhe der Einzelkosten belastet werden. Die nachfolgend dargestellten Arbeitsschritte sind nur durchzuführen, wenn eine Belastung der Kostenstellen erfolgt.

☑ Ermitteln Sie die Summe der gebuchten Einzelkosten je Kostenart und Kostenstelle.

☑ Ermäßigen Sie die je Kostenstelle gebuchten Kosten kostenartenbezogen um die Einzelkosten. Die Gegenbuchung nimmt die Abgrenzungskostenstelle auf.

☑ Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachzuvollziehen zu können.
6.1.1.2 Besondere Hinweise zu einzelnen Artikelgruppen

Medikamente

Eine Einzelkostenzurechnung für Medikamente ist immer dann vorzunehmen, wenn die Tageskosten für einen Wirkstoff bei typischer Gabe mindestens 10 EUR erreichen und der Wirkstoff einer der in Anlage 10 aufgeführten Substanzklassen angehört.

Die Einzelkostenzuordnung bei Medikamenten setzt die fall- und tagesbezogene Dokumentation der verabreichten Menge (Dosis) eines Wirkstoffs voraus. Zur Kalkulation der tagesbezogenen Medikamentenkosten wird der für eine Mengeneinheit errechnete Kostensatz mit der verabreichten Menge des Wirkstoffs multipliziert.

Der Berechnung ist die tatsächliche Wirkstoffmenge (in der Regel gemessen in mg oder I.E.) zugrunde zu legen, nicht die Menge der verabreichten Lösung (gemessen in ml), der der Wirkstoff beigegeben wurde. Zur Berechnung des Kostensatzes je Mengeneinheit sollte der gleitende Durchschnittspreis des Wirkstoffs herangezogen werden.


Im psychiatrischen bzw. psychosomatischen Behandlungs­kontext können für Depotpräparate (Wirkstoffe z.B. Olanzapinpamoat oder Risperidon) hohe Medikamentenkosten anfallen. Teure Medikamentenkosten können auch bei somatischen Erkrankungen wie Infektionen mit HIV oder Hepatitis B und C oder auch Diabetes entstehen, im Einzelfall ist auch die Gabe teurer Antibiotika zu berücksichtigen.

Sofern bei bestimmten Wirkstoffen das typische Therapieschema Phasen mit unterschiedlich hohen Dosisgaben vorsieht (z.B. hohe Dosis zu Beginn, dann wochenweise fallend), sollte dieses Schema nach Möglichkeit in einem KVM bei der tagesbezogenen Kostennachweisung berücksichtigt werden.

Im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung sind von den Kalkulationskrankenhäusern für bestimmte Wirkstoffe die verabreichte Menge und die dafür angefallenen Kosten zu übermitteln.
Sachgüter des übrigen medizinischen Bedarfs


Extern bezogene Leistungen (Untersuchungen in fremden Instituten)

- Die Kosten externer Konsiliarleistungen werden im anfordernden Krankenhaus als Sachkosten unter der Kostenart „Honorare für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte“ (Kostenartengruppe 6b) verbucht und der anfordernden Kostenstelle zugeordnet. Da in der Regel ein eindeutiger Patientenbezug vorliegt, sollten die Kosten externer Konsile als Einzelkosten zugerechnet werden.

- Extern bezogene Dialyseleistungen und Leistungen verwandter Verfahren sind als Einzelkosten dem Patienten am entsprechenden Leistungstag zuzuweisen und in der Kostenstellengruppe 3 (Modul 3.6b) auszuweisen (vgl. zum Kostenausweis auch die Erläuterungen in Kap. 6.2.1).

- Sofern sich für andere extern bezogene Leistungen (z.B. Laboruntersuchungen) ein Patientenbezug herstellen lässt, ist unter Abwägung des dafür anfallenden Arbeitsaufwandes eine Einzelkostenuordnung vorzunehmen. Auf die Modulzuordnung der Kosten bei vollständig von Dritten bezogenen Laborleistungen bzw. Leistungen der Radiologie wird verwiesen.

Arbeitsschritte:

- Prüfen Sie bei relevanten Medikamenteneinzelkosten und bei Blutprodukten, ob für die Grundlage der Berechnung die tatsächliche Wirkstoffmenge oder die Transfusionseinheit herangezogen wurde.

- Stellen Sie sicher, dass im Kostenmodul 10.4b unabhängig vom Ort des Verbrauchs sämtliche Kosten der Blutprodukte ausgewiesen werden. Gleichzeitig dürfen keine laborbezogenen Kosten enthalten sein.

- Gleichsen Sie die Angaben der Blutbank mit der OPS-Dokumentation ab.

- Prüfen Sie, ob die Kosten weiterer, in Anlage 10 nicht genannter teurer Sachgüter als Einzelkosten zugeordnet werden können.
6.1.1.3 Prüfung der durchgeführten Arbeiten

Im Hinblick auf ein inhaltlich und formal plausibles Kalkulationsergebnis sollten zur Einzelkostenzurechnung die nachfolgend aufgeführten Prüfungen und Abgleiche vorgenommen werden:

- Die Kostensumme, die auf den Aufwandskonten für die in die Einzelkostenzurechnung einbezogenen Artikel(gruppen) gebucht ist, entspricht der Kostensumme in den für Einzelkosten definierten Kostenmodulen über alle in die Kalkulation einbezogenen Patienten. Dabei wurde beachtet:
  - Ggf. ist nur ein Teil der auf einem Konto gebuchten Aufwendungen in die Einzelkostenzurechnung eingegangen.
  - Einzelkosten werden in den Modulen der Kostenartengruppen 4b und 6b ausgewiesen.

- Für einen Patienten, dem für eine Behandlungsleistung entstandene Einzelkosten zugerechnet wurden, ist ein diese Leistung beschreibender OPS-Kode dokumentiert (soweit ein OPS-Kode definiert ist).

- Für teure Sachgüter zugerechnete Einzelkosten sind grundsätzlich am Ort des Verbrauchs dieser Sachgüter ausgewiesen. Dabei wurde beachtet:
  - Einzelkosten für von Dritten bezogene Leistungen werden dem Leistungsbereich zugeordnet, in dem auch bei Selbsterrichtung der Leistung die Kosten ausgewiesen worden wären.
  - Kosten für Blutprodukte werden unabhängig vom Ort des Verbrauchs vollständig in Modul 10.4b ausgewiesen.

6.1.2 Gemeinkostenzurechnung

6.1.2.1 Gewichtete Bezugsgrößenkalkulation


Der Kalkulationssatz wird wie folgt gebildet:

\[ KS = K / LG \]

\[ LG = L1*G1 + L2*G2 + ... + Ln*Gn \]

KS = Kalkulationssatz der direkten Kostenstelle

K = kalkulationsrelevante Kosten der direkten Kostenstelle (unter Berücksichtigung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung)

LG = gewichtete kalkulationsrelevante Leistungsmenge der Kostenstelle

L1 = kalkulationsrelevante Leistungsmenge vom Typ 1

L2 = kalkulationsrelevante Leistungsmenge vom Typ 2

Ln = kalkulationsrelevante Leistungsmenge vom Typ n

G1 = Gewichtungsfaktor für Leistungen vom Typ 1

G2 = Gewichtungsfaktor für Leistungen vom Typ 2

Gn = Gewichtungsfaktor für Leistungen vom Typ n

Für die Ermittlung der tagesbezogen zuzuordnenden Gemeinkosten ergibt sich folgende Formel:

\[ kf = KS * (lf1*G1 + lf2*G2 + ... + lfn*Gn) \]

kf = Gemeinkosten der Kostenstelle, die dem Patienten am Leistungstag zugeordnet werden

lf1 = Zahl der am Leistungstag empfangenen Leistungen vom Typ 1

lf2 = Zahl der am Leistungstag empfangenen Leistungen vom Typ 2

lfn = Zahl der am Leistungstag empfangenen Leistungen vom Typ n
Beispiel:

In der Leistungsstatistik der physikalischen Therapie werden die erbrachten Leistungen bei der Dokumentation auf der Grundlage eines Hauskatalogs gewichtet. Dabei wird jede erbrachte Leistung vor der Eintragung in die Leistungsstatistik mit der im Hauskatalog vorgesehenen Punktezahl wie folgt multipliziert:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Art der Leistung</th>
<th>Punkte je Leistung (Gn)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Einzelgymnastik</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Gruppengymnastik</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Bäder</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Beststrahlung mit Kurzwellen</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Leistungsstatistik der physikalischen Therapie für das abgelaufene Geschäftsjahr stellt sich auf Basis des Hauskatalogs wie folgt dar:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Art der Leistung</th>
<th>Zahl der Leistungen</th>
<th>Punkte je Leistung</th>
<th>Punkte gesamt (LG)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Einzelgymnastik</td>
<td>6.500</td>
<td>30</td>
<td>195.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Gruppengymnastik</td>
<td>6.200</td>
<td>8</td>
<td>49.600</td>
</tr>
<tr>
<td>Bäder</td>
<td>3.850</td>
<td>20</td>
<td>77.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Beststrahlung</td>
<td>950</td>
<td>5</td>
<td>4.750</td>
</tr>
<tr>
<td>Summe</td>
<td>17.500</td>
<td></td>
<td>326.350</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Zahl der von der Kostenstelle „Physikalische Therapie“ erbrachten gewichteten Leistungen (LG) beträgt 326.350 Leistungspunkte. Unter der Annahme, dass die kalkulationsrelevanten Kosten der Kostenstelle (K) unter Berücksichtigung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung 180.000 GE betragen, ergibt sich der Kalkulationsatz (KS) wie folgt:

\[ KS: \frac{180.000 \text{ GE}}{326.350} = 0,55 \text{ GE je Leistungspunkt} \]

Die für die Patientin erbrachte Einzelgymnastik jeweils an 6 Tagen wird mit jeweils 30 Leistungspunkten bewertet. Die dem Behandlungsfall tagesbezogen zuzuordnenden Kosten (kf) der physikalischen Therapie ergeben sich durch Multiplikation des zuvor errechneten Kostensatzes (KS) mit der der Patientin zuzuordnenden Zahl der Leistungspunkte (lf):

\[ kf: \, \, 0,55 \text{ GE} * 30 = 16,5 \text{ GE} \]


**Hinweis:**


### 6.1.2.2 Ungewichtete Bezugsgrößenkalkulation


Die dem Patienten tagesbezogen zuzuordnenden Kosten der Kostenstelle ergeben sich aus der Zahl der empfangenen Leistungen der Kostenstelle, die mit dem Kalkulationssatz multipliziert werden.
Der Kalkulationssatz für die ungewichtete Bezugsgrößenkalkulation wird wie folgt gebildet:

\[ KS = \frac{K}{L} \]

KS = Kalkulationssatz der direkten Kostenstelle
K = kalkulationsrelevante Kosten der direkten Kostenstelle (unter Berücksichtigung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung)
L = kalkulationsrelevante Leistungsmenge der direkten Kostenstelle

Die fall- und tagesbezogen zuzuordnenden Gemeinkosten der Kostenstelle werden wie folgt ermittelt:

\[ kf = KS \times lf \]

ekf = Gemeinkosten der Kostenstelle, die dem Patienten am Leistungstag zugeordnet werden
lf = Zahl der am Leistungstag empfangenen Leistungen

**Beispiel:**

Auf den Stationen wird die Zahl der Pflegetage dokumentiert:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Station</th>
<th>Anzahl Pflegetage je Station</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Januar</td>
<td>520</td>
</tr>
<tr>
<td>Februar</td>
<td>440</td>
</tr>
<tr>
<td>März</td>
<td>478</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Summe Jahr</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Kostenstelle „Station 1“ hat im gesamten Jahr 6.600 Leistungen (L) erbracht. Unter der Annahme, dass die kalkulationsrelevanten Kosten der Kostenstelle (K) in der Kostenartengruppe 8 (nicht medizinische Infrastruktur) unter Berücksichtigung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung 170.000 GE betragen, ergibt sich der Kalkulationssatz (KS) wie folgt:

\[ KS: \quad \frac{170.000 \text{ GE}}{6.600} = 25,76 \text{ GE je Pflegetag} \]

Eine Patientin wird am 1. Februar auf die Station 1 aufgenommen und am 7. Februar entlassen. Für diesen Behandlungsfall ergeben sich 7 Pflegetage; jedem Pflegetag werden Kosten für die nicht medizinische Infrastruktur in Höhe von kf = 25,76 GE zugerechnet.
6.2 Differenzierung der Kostenstellengliederung

6.2.1 Zuordnung der direkten Kostenstellen zu Kostenstellengruppen


Das Kalkulationsmodell für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen unterscheidet drei wesentliche Leistungsbereiche, denen sich die definierten Kostenstellengruppen zuordnen lassen:

Bereich Station:

- Kostenstellengruppe 21: Station - Regelbehandlung
- Kostenstellengruppe 22: Station - Intensivbehandlung

Bereich Therapie:

- Kostenstellengruppe 23: Psychotherapie
- Kostenstellengruppe 24: Physikalische Therapie
- Kostenstellengruppe 25: Ergotherapie
- Kostenstellengruppe 26: Andere Therapie

Bereich körperliche Diagnostik*:

- Kostenstellengruppe 7: Kardiologische Diagnostik/Therapie
- Kostenstellengruppe 8: Endoskopische Diagnostik/Therapie
- Kostenstellengruppe 9: Radiologie
- Kostenstellengruppe 10: Laboratorien
- Kostenstellengruppe 11: Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche

*) Die im Bereich körperliche Diagnostik aufgeführten Kostenstellengruppen stimmen mit den für DRG-Krankenhäuser definierten Kostenstellengruppen überein. Ggf. können weitere Kostenstellengruppen für den Kostenausweis von somatischen Leistungen aus weiteren Bereichen eingerichtet werden (vgl. dazu auch die nachfolgenden Erläuterungen).
Die Zuordnung zu einer Kostenstellengruppe gibt für die betreffende Kostenstelle gleichzeitig die bei der Kostenträgerrechnung anzuwendenden Bezugsgrößen vor (vgl. Übersicht in Anlage 5).

In Kapitel 6.4 wird für jede der in den Bereichen Station, Therapie und körperliche Diagnostik aufgeführten Kostenstellengruppen der einbezogene Leistungsbereich skizziert. Sofern im Rahmen der psychiatrischen bzw. psychosomatischen Behandlung eines Patienten weitere kalkulationsrelevante Leistungen aus Bereichen der körperlichen Diagnostik und Therapie erbracht werden, die in Anlage 5 nicht aufgeführt werden, sind dafür die entsprechenden Kostenstellengruppen einzurichten. Für diese Fälle (z.B. Durchführung von Dialyseleistungen, interventionellen Maßnahmen, Entbindungen) sind die entsprechenden Erläuterungen im „Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten“ für DRG-Krankenhäuser zu beachten.


**Hinweise:**

1. Die für DRG-Krankenhäuser definierten Kostenstellengruppen Normalstation und Intensivstation sind für PSY-Einrichtungen nicht relevant und dürfen dort nicht eingerichtet werden; sie werden in PSY-Einrichtungen durch die Kostenstellengruppen Station-Regelbehandlung bzw. Station-Intensivbehandlung ersetzt. Die für DRG-Krankenhäuser definierten Kostenstellengruppen Dialyseabteilung, OP, Anästhesie und Kreißsaal können auch für die Kalkulation in PSY-Einrichtungen eingerichtet werden, sofern Leistungen dieser Bereiche für die Kostenkalkulation der psychiatrischen bzw. psychosomatischen Behandlung Relevanz besitzen.

2. Im Vergleich zu den Regelungen für DRG-Krankenhäuser gelten für die Kostenstellengruppe 11 in PSY-Einrichtungen teilweise abweichende Kostenstellenzuordnungen.

3. Je nach Ausgangssituation in der Kostenstellengliederung kann die Situation auftreten, dass in einer Kostenstelle Leistungen erbracht werden, die ihrer Art nach zwei (oder evtl. mehr) unterschiedlichen Leistungsbereichen (Kostenstellengruppen) zuzuordnen sind. Da eine direkte Kostenstelle jedoch nur genau einer Kostenstellengruppe zugeordnet werden kann, ist in einem solchen Fall eine Teilung der Kostenstelle in der Weise erforderlich, dass die neu gebildeten Kostenstellen jeweils ein homogenes Leistungsspektrum abdecken und sich eindeutig den definierten Kostenstellengruppen zuordnen lassen. Zur Vorgehensweise enthält Kap. 6.2.2 nähere Erläuterungen.
In Krankenhäusern, die sowohl nach dem PSY- als auch dem DRG-Entgeltsystem abrechnen, sind die im Bereich der körperlichen Diagnostik aufgeführten Kostenstellengruppen jeweils für beide Kalkulationskreise einzurichten, sofern das Krankenhaus die entsprechenden Leistungen erbringt und die Kalkulationsrelevanz gegeben ist.


Falls ein Krankenhaus insbesondere Dialyseleistungen, Laborleistungen oder Leistungen aus den Bereichen Kardiologie, Endoskopie oder Radiologie vollständig durch Dritte erbringen lässt, ist wie folgt zu verfahren:

- **Kostenartenrechnung**: Einrichtung separater Konten (Kostenarten) für die verschiedenen Leistungsarten, die durch fremde Institute erbracht werden (z.B. Kto. 66091 Untersuchungen in fremden Instituten: Laborleistungen, Kto. 66092 Untersuchungen in fremden Instituten: Röntgendiagnostik).

- **Kostenstellenrechnung**: Einrichtung von Kostenstellen, die lediglich dem Ausweis der Kosten für Untersuchungen in fremden Instituten dienen (z.B. KSt. 922 Kostenausweis Laborleistungen in fremden Instituten). Diesen Kostenstellen werden die Kosten der korrespondierenden Kostenart zugeordnet, was zu einem Ausweis der Kosten für Untersuchungen in fremden Instituten in den Modulen 9.6b (Radiologie) oder in den Modulen 10.6b (Labor) führt.

Zu beachten ist, dass diese Kostenstellen nicht in die krankenhausinterne Personalkostenverrechnung und die IBLV einbezogen werden.
Arbeitsschritte:

- Prüfen Sie die vorliegende Kostenstellengliederung im Hinblick auf die in den Kostenstellen erbrachten Leistungsinhalte und die sich daraus ableitende Zuordnung zu Kostenstellengruppen.
- Richten Sie ggf. weitere Kostenstellen zu kalkulatorischen Zwecken ein (vgl. auch die Erläuterungen dazu in Kap. 6.2.2).
- Ordnen Sie jede direkte Kostenstelle einer der definierten Kostenstellengruppen zu.

Fügen Sie der Dokumentation eine Kopie des Kostenstellenplans mit Angabe der jeder Kostenstelle zugeordneten Kostenstellengruppe bei.

6.2.2 Bildung leistungshomogener Kostenstellen

Kostenstellen sind nach in der Regel räumlichen, organisatorischen und/oder funktionellen Kriterien gegliederte Einheiten, die Leistungs- und Kosteninformationen zusammenführen. Ausgehend von den Rahmenvorgaben der KHBV orientiert sich die Kostenstellengliederung an den krankenhausindividuellen Erfordernissen. Das vorliegende Kalkulationsmodell sieht anhand der Kostenstellengliederung eine Differenzierung der Leistungsbereiche vor, die den wesentlichen Behandlungsinhalten folgt:

- Im Leistungsbereich Therapie werden die für den Patienten erbrachten therapeutischen Kernleistungen abgebildet. Nähere Erläuterungen zu den darunter zu fassenden Einzelleistungen enthält Kap. 6.4.4.
- Der Leistungsbereich Diagnostik fasst die primär somatischen Untersuchungs- und Behandlungsbereiche zusammen und stellt insofern einen Schnittstellenbereich zur somatischen Krankenversorgung dar, sofern das Krankenhaus über beide Versorgungsbereiche verfügt.
- Der Leistungsbereich Station umfasst die stationäre Betreuung des Patienten. Hier wird im Sinne einer Residualgröße der Leistungsumfang zugeordnet, der nicht den Leistungsbereichen Therapie und Diagnostik zuzurechnen ist. Kapitel 6.4.3 gibt nähere Erläuterungen zu dem hier zu berücksichtigenden Leistungsumfang.

Zur sachgerechten Umsetzung der Kalkulationsvorgaben nach diesem Handbuch definiert Anlage 7 eine Mindestdifferenzierung der Kostenstellengliederung, die insbesondere eine Kostenabbildung der unterschiedlichen Leistungsinhalte sicherstellen soll. Je nach Ausgangssituation der Kostenstellengliederung ist insbesondere in den Leistungsbereichen Station und Therapie die Bildung von Kostenstellen allein zu kalkulatorischen Zwecken erforderlich. Die Kostenstellenbildung ist dabei in der Weise vorzunehmen, dass die
einzelnen Kostenstellen jeweils ein homogenes Leistungsspektrum abdecken und sich eindeutig den definierten Kostenstellengruppen (vgl. Kap. 6.2.2) zuordnen lassen.

Bei der Einrichtung einer an Leistungsinhalten orientierten Kostenstellen- gliederung bietet sich die im Folgenden beschriebene Vorgehensweise an:

1. Schritt: Auswertung der Leistungsdokumentation

In jeder direkten Kostenstelle sind die dort erbrachten Einzelleistungen zu erfassen. Dabei sind die Anforderungen an die Leistungsdokumentation (vgl. dazu die Erläuterungen in Kap. 6.4) sowie die vorgegebenen Bezugsgrößen (vgl. dazu die Übersicht in Anlage 5) zu beachten. Anhand einer Auswertung der je Kostenstelle erbrachten Einzelleistungen ist zu prüfen, ob die erfassten Leistungen ihrem Inhalt nach dem Leistungsbereich entsprechen, dem die Kostenstelle zugeordnet ist, oder ob darüber hinaus auch Leistungen erfasst sind, die unter einen anderen Leistungsbereich fallen. Dabei sind die Leistungsbereiche Station, Therapie und körperliche Diagnostik mit den ihnen zugeordneten Kostenstellengruppen voneinander zu unterscheiden. Sollten auch „bereichsfremde“ Leistungen dokumentiert sein, ist dieses Leistungsvolumen einer geeigneten Kostenstelle des dem Leistungsinhalt nach zutreffenden Leistungsbereichs zuzuordnen.

Beispiel:

Ausgangssituation:

Für die Abteilung Allgemeinpsychiatrie ist eine zentrale, elektronisch gestützte Dokumentation aller Patientendaten eingerichtet. Dazu zählt auch die Erfassung der für einen Patienten während seiner Behandlung erbrachten Einzelleistungen. Eine Analyse der Leistungsdokumentation des vergangenen Jahres zeigt für einzelne Berufsgruppen die folgenden Leistungsvolumina (aggregiert):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erbrachte Leistung (Bezeichnung)</th>
<th>Leistende Kostenstelle</th>
<th>Ärzte</th>
<th>PD/Erz.</th>
<th>Psycholog.</th>
<th>Sozialarb.</th>
<th>Spez.-ther.</th>
<th>FD/MTD</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesprächstherapie</td>
<td>Station</td>
<td>1.860</td>
<td>1.170</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psycholog. Tests</td>
<td>Station</td>
<td>520</td>
<td>420</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Entspannungsverfahren</td>
<td>Station</td>
<td>380</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sporttherapie</td>
<td>Physikalische Therapie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1.620</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Beschäftigungstherapie</td>
<td>Ergotherapie</td>
<td>920</td>
<td>2.050</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitstherapie (Holzbearbeitung)</td>
<td>Ergotherapie</td>
<td>740</td>
<td>2.910</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sprachtherapie</td>
<td>Station</td>
<td>410</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>410</td>
</tr>
<tr>
<td>Neur. Diagnostik (EEG, EMG)</td>
<td>Funktionsdiagnostik</td>
<td>390</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>820</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Summe</strong></td>
<td></td>
<td>2.770</td>
<td>1.590</td>
<td>1.630</td>
<td>6.990</td>
<td>820</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kalkulation von Behandlungskosten in PSY-Einrichtungen

Version 1.0 – 16. November 2010

Kapitel 6: Kostenträgerrechnung
Für einige therapeutischen Kernleistungen (Gesprächstherapie, psychologische Tests, Entspannungsverfahren, Sprachtherapie) wurde im Beispiel als leistende Kostenstelle die Station dokumentiert. Darüber hinaus wurden in der Station keine weiteren patientenbezogenen Leistungen erfasst. Eine differenzierte Betrachtung der therapeutischen Leistungen und der stationären Betreuung ist im Rahmen der Kalkulation ohne weitere Anpassungen in der Kostenstelle Station nicht möglich.

2. Schritt: Einrichtung weiterer Kostenstellen


Einrichtung weiterer Kostenstellen:

Zu kalkulatorischen Zwecken wurden im Leistungsbereich Therapie des Beispielkrankenhauses neue Kostenstellen eingerichtet (in der Tabelle grau eingefärbt). Dabei wurde darauf geachtet, dass als Leistungseinheit der erbrachten Leistungen die Zeitdauer dokumentiert ist. Die Leistungszeit ist für die dem Leistungsbereich Therapie zugeordneten Kostenstellengruppen die Bezugsgröße der Kostenzuordnung auf den Patienten. Nachdem die Kostenstellen in der elektronischen Leistungsdokumentation hinterlegt waren, konnte die nachfolgend dargestellte Auswertung erstellt werden:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erbrachte Leistung (Bezeichnung)</th>
<th>Leistende Kostenstelle</th>
<th>Ärzte</th>
<th>PD/Erz.</th>
<th>Psycholog.</th>
<th>Sozialarb.</th>
<th>Spez.-ther.</th>
<th>FD/MTD</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesprächstherapie</td>
<td>Psychotherapie</td>
<td>2.380</td>
<td>380</td>
<td>1.590</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psycholog. Tests</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Entspannungsverfahren</td>
<td>Physikale Therapie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1.620</td>
</tr>
<tr>
<td>Sporttherapie</td>
<td>Ergotherapie (Beschäftigungsth.)</td>
<td></td>
<td>890</td>
<td>2.050</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Beschäftigungstherapie</td>
<td>Ergotherapie (Werkstätten)</td>
<td>740</td>
<td>2.910</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitstherapie (Holzbearbeitung)</td>
<td>Ergotherapie (Werkstätten)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sprachtherapie</td>
<td>Logopädie</td>
<td>410</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Neur. Diagnostik (EEG, EMG)</td>
<td>Funktionsdiagnostik</td>
<td>390</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>820</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Station</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Summe</td>
<td></td>
<td>2.770</td>
<td>380</td>
<td>1.590</td>
<td>1.630</td>
<td>6.990</td>
<td>820</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3. Schritt: Zuordnung der Leistungsanteile unter Einbeziehung der Station

Auf der Grundlage der in den Kostenstellen der Leistungsbereiche differenziert ausgewiesenen Leistungsvolumina sind die auf die Kostenstellen entfallenden Anteile am Gesamt-Leistungsvolumen unter Einbeziehung aller direkten Kostenstellen (insbesondere auch des Leistungsbereichs Station) zu ermitteln. Das Gesamt-Leistungsvolumen wird für jede Berufsgruppe durch die Netto-Jahresarbeitszeit einer Vollzeitstelle bestimmt.

Ermittlung der Leistungsanteile:

Die Personalverwaltung hat die Zahl der Vollzeitkräfte je Berufsgruppe und den Umfang der Netto-Jahresarbeitszeit unter Berücksichtigung der für das Krankenhaus geltenden Feiertagsordnung und der statistisch erfassten Ausfallzeiten für die Abteilung Allgemeinpsychiatrie aufbereitet:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ausgangsdaten</th>
<th>Leistungsvolumen je Kostenstelle inkl. Station (Stunden/Jahr)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vollzeitkräfte (VK)</td>
<td>3,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Netto-JAZ (Stunden): 1.640 je VK</td>
<td>4,920</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenstelle</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotherapie</td>
<td>2,380</td>
</tr>
<tr>
<td>Physikalische Therapie</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ergotherapie (Beschäftigungsther.)</td>
<td>890</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergotherapie (Werkstätten)</td>
<td>740</td>
</tr>
<tr>
<td>Logopädie</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Funktionsdiagnostik</td>
<td>390</td>
</tr>
<tr>
<td>Zwischensumme</td>
<td>2,770</td>
</tr>
<tr>
<td>Station</td>
<td>2,150</td>
</tr>
<tr>
<td>Summe</td>
<td>4,920</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4. Schritt: Zuordnung der Kostenanteile unter Einbeziehung der Station

Entsprechend des Leistungsumfangs sind den Kostenstellen die dazugehörigen Kosten zuzuordnen. Personalkosten sind im Umfang des Anteils der Berufsgruppen an der von ihnen erbrachten Gesamtleistung zuzuordnen. Sachkosten (Gemeinkosten der Kostenartengruppen 4a (Medikamente) und 6a (üblicher medizinischer Sachbedarf)) werden anteilig entsprechend der in den Kostenstellen ausgewiesenen Personalkosten der Kostenartengruppen 1 bis 3 zugeordnet.

Zuordnung der Personalkosten:

Sämtliche Personalaufwendungen der hier relevanten Berufsgruppen (Brutto-Personalaufwendungen der Kontengruppen 60-64 der KHBV) sind im Beispielkrankenhaus der Allgemeinen Kostenstelle der Abteilung Allgemeinpsychiatrie zugeordnet. Entsprechend des zuvor ermittelten Anteils der einzelnen Berufsgruppen an der Gesamtleistung werden die einzelnen leistenden Kostenstellen belastet, die Allgemeine Kostenstelle gleichzeitig vollständig entlastet:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ausgangsdaten</th>
<th>Personalkosten (EUR/Jahr) je Kostenstelle inkl. Station</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Brutto-Personalaufwand</td>
<td>285.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Kosteneinheit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotherapie</td>
<td>136.800</td>
</tr>
<tr>
<td>Physikalische Therapie</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ergotherapie (Beschäftigungst.)</td>
<td>43.200</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergotherapie (Werkstätten)</td>
<td>36.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Logopädie</td>
<td>13.750</td>
</tr>
<tr>
<td>Funktionsdiagnostik</td>
<td>22.800</td>
</tr>
<tr>
<td>Station</td>
<td>285.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Summe</td>
<td>285.000</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Im Ergebnis sind den einzelnen Kostenstellen in den Leistungsbereichen Therapie, Diagnostik und Station die den erbrachten Leistungsanteilen entsprechenden Kosten zugeordnet.
Zuordnung der Sachkosten:

Sachkosten für Verbrauchsgüter sind im Beispiel-Krankenhaus sowohl den einzelnen Kostenstellen entsprechend des dortigen Verbrauchs als auch der Allgemeinen Kostenstelle zugeordnet. Die Allgemeine Kostenstelle wird um die in den Kostenartengruppen 4a (Medikamente) und 6a (übriger medizinischer Sachbedarf) zusammengefassten Kosten anteilig anhand der Verteilung der Personalkosten der Kostenartengruppen 1 bis 3 auf die Kostenstellen entlastet:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ausgangsdaten</th>
<th>Personalkosten</th>
<th>Ant. (%)</th>
<th>Sachkosten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtkosten (wie Tab. oben)</td>
<td>1.375.000</td>
<td></td>
<td>47.000</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kostenstelle</th>
<th>Personalkosten</th>
<th>Ant. (%)</th>
<th>Sachkosten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Psychotherapie</td>
<td>228.400</td>
<td>17%</td>
<td>7.990</td>
</tr>
<tr>
<td>Physikalische Therapie</td>
<td>55.000</td>
<td>4%</td>
<td>1.880</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergotherapie (Beschäftigungsth.)</td>
<td>111.950</td>
<td>8%</td>
<td>3.760</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergotherapie (Werkstätten)</td>
<td>132.250</td>
<td>10%</td>
<td>4.700</td>
</tr>
<tr>
<td>Logopädie</td>
<td>13.750</td>
<td>1%</td>
<td>470</td>
</tr>
<tr>
<td>Funktionsdiagnostik</td>
<td>47.800</td>
<td>3%</td>
<td>1.410</td>
</tr>
<tr>
<td>Station</td>
<td>785.850</td>
<td>57%</td>
<td>26.790</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Summe</strong></td>
<td><strong>1.375.000</strong></td>
<td><strong>100%</strong></td>
<td><strong>47.000</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Im Ergebnis sind den einzelnen Kostenstellen in den Leistungsbereichen Therapie, Diagnostik und Station anteilig Sachkosten im Verhältnis der zugeordneten Personalkosten zugerechnet.

**Hinweise:**

- Die beschriebene Vorgehensweise hat besondere Bedeutung bei der erstmaligen Schaffung der Strukturen und Voraussetzungen für die Durchführung einer Kalkulation nach diesem Handbuch. Bei nachfolgenden Kalkulationsrunden empfiehlt sich regelmäßig die Prüfung der Kalkulationsgrundlagen anhand der beschriebenen Vorgehensweise.
- Zu kalkulatorischen Zwecken eingerichtete Kostenstellen, die lediglich dem Kostenausweis von Dritten bezogener Leistungen dienen, sind dagegen nicht in die Kostenstellenverrechnung (IBLV) einzubeziehen.
In die Ermittlung des Leistungsvolumens je direkter Kostenstelle sind sämtliche Leistungen einzubeziehen, d.h. auch Leistungen für Patienten, die nicht unter das Entgeltsystem gem. § 17d KHG fallen. Damit wird die Grundlage für eine aufwandsgerechte Kostenausgliederung für die nicht kalkulationsrelevanten Leistungen geschaffen.

Falls in den Kostenstellen der Leistungsbereiche Therapie und Diagnostik neben der Leistungszeit auch Aufwandspunkte lt. Leistungskatalog dokumentiert sein sollten, ist auf Basis des erfassten Punktenvolumens die damit verbundene Tätigkeitszeit des Personals differenziert nach beteiligten Berufsgruppen zu ermitteln. Dies ist für die Schaffung einer einheitlichen Grundlage (Leistungszeit) für die Zuordnung der Leistungs- und Kostenanteile unter Einbeziehung aller Kostenstellen notwendig.

Therapeutischen Kostenstellen wird das Leistungs- und damit verbundene Kostenvolumen zugeordnet, das mit den unmittelbar am Patienten erbrachten Therapieleistungen verbunden ist. Leistungen mit den für den Bereich Station beschriebenen Inhalten und deren Kosten sind dem Leistungsbereich Station zuzuordnen. Ggf. sind entsprechende Umgliederungen vorzunehmen.


In die Zuordnung der Sachkosten auf die einzelnen Kostenstellen werden nur die Gemeinkosten der Kostenartengruppen 4a (Medikamente) und 6a (übriger medizinischer Sachbedarf) einbezogen. Die Kosten teurer Sachgüter werden den Patienten als Einzelkosten direkt zugeordnet. Kosten der Infrastruktur (Kostenartengruppen 7 und 8) werden in die IBLV einbezogen.

Bei der Entlastung der Sammelkostenstelle um Sachkosten werden die den einzelnen Kostenstellen zu belastenden Kosten und ggf. dort schon direkt zugeordnete Sachkosten addiert. Eine Korrektur der Ausgangswerte wie bei der Entlastung um Personalkosten erfolgt nicht.

Weitere ausführliche Erläuterungen zum Vorgehen in den einzelnen Leistungsbereichen enthalten die Kapitel 6.4.3 bis 6.4.6.
6.3 Anforderungen an die Leistungsdokumentation

Leistungsinformationen bilden die Grundlage der Kostenzurechnung. Für die Kalkulation sind in den verschiedenen Leistungsbereichen (bzw. den ihnen zugeordneten Kostenstellengruppen) Leistungsinformationen heranzuziehen, die die dort erbrachten Behandlungsleistungen adäquat abbilden. Das Kalkulationshandbuch gibt die dabei anzuwendenden Leistungsgrößen als Bezugsgrößen der Kostenzurechnung auf die jeweiligen Behandlungstage eines Falles vor. Die im Einzelnen für die jeweiligen Kostenstellengruppen zu beachtenden Vorgehensweisen bei der Kalkulation werden in den Kapiteln 6.4.3 bis 6.4.6 ausführlich erläutert. An dieser Stelle werden grundsätzliche Anforderungen an die benötigten Leistungsinformationen beschrieben, die die Voraussetzung für eine Umsetzung des vorliegenden Kalkulationsschemas bilden.

Als Ausgangspunkt sowohl der Leistungsbeschreibung mittels OPS-Kodes als auch der aufwands- (=leistungs)gerechten Kostenzurechnung dient die Beschreibung und Dokumentation der im Behandlungsprozess zu erbringenden Einzelleistungen. Je größer der Anteil der Behandlungsleistungen ist, die einzeln fall- und tagesbezogen aufbereitet werden können, desto präziser kann das Kalkulationsergebnis die damit verbundenen Kosten abbilden.


Alle Leistungen im direkten Patientenkontakt sind als Einzelleistungen in einen Leistungskatalog aufzunehmen. Damit ist jedoch nicht die lückenlose Erfassung auch jedes einzelnen Kurzkontaktes zum Patienten gemeint. In erster Linie kommt es auf die Dokumentation der die Behandlung eines Patienten prägenden Leistungsinhalte an. Bei Leistungserbringung sind mit der einzelnen Leistung die in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Leistungsinformationen zu erfassen:
Tabelle 9: Benötigte Leistungsinformationen zu den erbrachten Einzelleistungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsinformation</th>
<th>Leistungsbereich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Leistungsbeschreibung (Art/Inhalt)</td>
<td>Station</td>
</tr>
<tr>
<td>Umfang/Anzahl der Leistung(en)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fallnummer (Aufenthalt)</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Datum der Leistungserbringung</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistende Kostenstelle</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Einzelleistung/Gruppenleistung (mit Teilnehmerzahl)</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungserbringer (mind. Berufsgruppe)</td>
<td>x</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Zu den einzelnen Leistungsinformationen sind folgende Hinweise zu beachten:


- Als Kostenträger dient der Behandlungsfall in Kombination mit dem Behandlungstag (vgl. dazu die Erläuterungen in Kap. 6.4.1). Der Bezug zum Patienten und seinem Behandlungsaufenthalt (aufenthaltsbezogene Fallnummer) und dem Datum der Leistungserbringung muss daher für jede erbrachte Einzelleistung eindeutig herstellbar sein.

- Als leistende Kostenstelle ist diejenige Kostenstelle zu dokumentieren, in der die Leistung erbracht wurde bzw. der die Leistung entsprechend ihrem Leistungsinhalt zuzuordnen ist. Grundsätzlich zählen dazu alle in den Leistungsbereichen Station, Therapie und Diagnostik eingerichteten Kostenstellen (auch die allein kalkulatorischen Zwecken dienenden Kostenstellen) mit Leistungserbringung direkt am Patienten (direkte Kostenstellen, vgl. Kap. 4.4.2.1).
Insbesondere für den Leistungsbereich Therapie ist zu kennzeichnen, ob eine therapeutische Leistung als Einzelleistung oder Gruppenleistung erbracht wurde. Nähere Hinweise dazu enthält Kap. 6.4.4.

Als Leistungserbringer ist in den Leistungsbereichen Station und Therapie die Berufsgruppe mindestens in der Differenzierung der für Personalkosten vorgegebenen Kostenartengruppen zu dokumentieren.

Im Leistungsbereich Station ist die dort erbrachte Behandlungsleistung wesentlich dadurch gekennzeichnet, dass

- zu einzelnen Patienten unterschiedlich häufige Kontakte mit vielfach nur kurzer Dauer bestehen,
- Leistungen häufig an alle Patienten einer Station gleichermäßen gerichtet sind,
- administrative, koordinierende und planende Leistungsanteile ohne Einbeziehung der Patienten bestehen,
- die beteiligten Berufsgruppen einerseits spezifische Aufgaben übernehmen und dabei andererseits in vielfältiger Weise zusammenarbeiten (multidisziplinäre Teams).

Anders als in den Bereichen Therapie und Diagnostik gestaltet sich daher im Leistungsbereich Station die Beschreibung und Erfassung der einzelnen Behandlungsleistung deutlich schwieriger bzw. ist mit einem deutlich höheren Aufwand verbunden. Vor diesem Hintergrund sieht das Kalkulationsschema im Leistungsbereich Station die Kostenzurechnung auf den Patienten auf der Grundlage der gewichteten Verweilzeit vor. In der Gewichtung sollen die aus relevanten Merkmalen ableitbaren Unterschiede im Einsatz von Personal- und Sachressourcen bei der Behandlung zum Ausdruck kommen. Nähere Erläuterungen zu der dabei anzuwendenden Vorgehensweise enthält Kap. 6.4.3.
Kapitel 6: Kostenträgerrechnung

6.4 Durchführung der Kostenträgerrechnung


| Tabelle 10: Übersicht über die für die Kostenträgerrechnung benötigten Kosten- und Leistungsdaten |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anlage 5 PSY</th>
<th>Personalkosten ärztlicher Dienst</th>
<th>Personalkosten Pflegeberufe</th>
<th>Personalkosten Psychologen</th>
<th>Personalkosten Sozialarbeiter/Sozialpädagogen</th>
<th>Personalkosten Spitalpfleger</th>
<th>Personalkosten medizinischer Dienst, Funktionszweige</th>
<th>Sachkosten Aromatmittel</th>
<th>Sachkosten übriger medizinischer Bedarf</th>
<th>Personalkosten medizinischer Infrastruktur</th>
<th>Personalkosten nicht medizinischer Infrastruktur</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1) Bewertung der Einzelkosten über Anschaffungspreise bzw. Durchschnittspreise.
6.4.1 Tages- und Fallbezug

Der einzelne Behandlungstag eines Behandlungsfalles dient bei der Kalkulation der Behandlungskosten in PSY-Einrichtungen als Kostenträger. Der Kostenträger ist damit über eine Kombination der Merkmale „Fall“ und „Tag“ definiert. Sämtliche Leistungsinformationen, die im Rahmen der Kalkulation Verwendung finden, müssen daher mit einem Tages- und Fallbezug versehen sein.

In diesem Zusammenhang gelten folgende Festlegungen:

- Ein Behandlungsfall ist jeder Behandlungsaufenthalt eines Patienten im Krankenhaus.


- Die Kosten sind grundsätzlich dem Kalendertag zuzurechnen, an dem die Einzelleistungen erbracht wurden. Dabei gilt für die im Folgenden beschriebenen Situationen:
  - Gilt der Tag, dessen Datum als Leistungsdatum erfasst ist, nicht als Pflegetag (s.o.) während des (teil-)stationären Aufenthalts, so ist als Tag der Kostenzuordnung der dem erfassten Leistungsdatum vorangegangene Pflegetag zu verwenden.
  - Liegt der Tag, dessen Datum als Leistungsdatum erfasst ist, außerhalb des (teil-)stationären Aufenthalts des Patienten, so ist als Tag der Kostenzuordnung der dem erfassten Leistungsdatum vorangegangene (wenn Leistungsdatum nach Entlassung) oder folgende (wenn Leistungsdatum vor Aufnahme) Pflegetag zu verwenden.
Auch alle von Dritten bezogenen Leistungen aus dem Bereich der therapeutischen Kernleistungen und der Diagnostik sind dem Tag zuzuordnen, an dem die Leistung erbracht wurde. Eine gesammelte Zuordnung mehrerer, an verschiedenen Tagen im Behandlungsverlauf erbrachter Leistungen zu einem Leistungsdatum ist nicht zulässig.

Einzelkosten für teure Sachgüter gem. Anlage 10 sind dem Tag des Verbrauchs zuzurechnen.

Bei kontinuierlicher Gabe teurer Medikamente (vgl. Anlage 10) ist – abhängig von den verfügbaren Informationen – wie folgt vorzugehen (absteigende Priorität):

- Kosten werden dem einzelnen Tag entsprechend der tagesindividuell verabreichten Dosis zugerechnet
- Kosten werden den bekannten Tagen mit Medikamentengabe für tagesgleiche Dosismengen zugerechnet, dabei wird das Therapieschema beachtet (z.B. wöchentlich verminderte Dosismengen im Therapieverlauf)
- Kosten werden allen Pflegetagen des Aufenthalts in gleicher Höhe zugerechnet, wenn keine spezifischeren Verbrauchsinformationen vorliegen
- Nicht zulässig ist dagegen die kumulierte Zurechnung von Medikamentenkosten zu einem einzelnen Pflegetag.

6.4.2 Kalkulationsverfahren für definierte Kostenstellengruppen

Der modulare Ansatz des Kalkulationsschemas führt im fallbezogenen Datensatz zu einem nach Kostenarten- und Kostenstellengruppen gegliederten Kalkulationsergebnis. Dementsprechend sind die nachfolgenden Verfahrensvorgaben so aufgebaut, dass für definierte Leistungsbereiche (Kostenstellengruppen) die Leistungs- und Kosteninformationen beschrieben werden, die für die Verteilung der dort vorliegenden Kostenartengruppen auf die einzelnen Patienten benötigt werden. Dabei wird nach Einzelkosten- und Gemeinkostenkalkulation unterschieden.

Für die Einzelkostenkalkulation sind patientenbezogene Informationen über den Verbrauch teurer Sachgüter erforderlich. Ausführliche Erläuterungen dazu enthält Kapitel 6.1.1 in Verbindung mit Anlage 10. Im Rahmen der Kostenträgerrechnung ist zu beachten, dass die Kostenstellkosten vor Bildung des Gemeinkostenkalkulationssatzes um die auf Kostenstellen gebuchten Einzelkosten zu entlasten sind.

Die Vorgehensweise verdeutlicht das folgende Beispiel aus dem Bereich der Therapie (Tabelle 11):

### Tabelle 11: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße

<table>
<thead>
<tr>
<th>Therapie</th>
<th>Gemeinkostenkalkulation</th>
<th>Sachkosten übriger medizinischer Bedarf</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Personalkosten ärztlicher Dienst</td>
<td>Sachkosten übriger medizinischer Bedarf</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsdaten (der Kostenstelle)</td>
<td>Leistungszeit</td>
<td>Leistungszeit</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 1</td>
<td>Punkte lt. Leistungskatalog</td>
<td>Punkte lt. Leistungskatalog</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 2</td>
<td>Gesamtkosten ärztlicher Dienst</td>
<td>Gesamtkosten übriger medizinischer Bedarf</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalkulationssatz</td>
<td>= Gesamtkosten/Leistungsdaten (Alt. 1 oder 2)</td>
<td>= Gesamtkosten/Leistungsdaten (Alt. 1 oder 2)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Erläuterungen**
Leistungszeit: Zeitspanne der Leistungserbringung am Patienten ohne Berücksichtigung von Vor-/Nachbereitung, Dokumentation, Wartezeiten
Leistungskatalog: z.B. GOÄ, DKG-NT, Hauskatalog

**Besonderheiten**


Die kostenträgerbezogenen Leistungs- und Kosteninformationen dienen der Kostenzuordnung auf den einzelnen Patienten.
Tabelle 12: Benötigte Daten zur kostenträgerbezogenen Berechnung der Behandlungskosten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Therapie</th>
<th>Gemeinkostenkalkulation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Personalkosten ärztlicher Dienst</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsdaten (des Behandlungsfalls)</td>
<td>(datumsbezogen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 1</td>
<td>Leistungszeit</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 2</td>
<td>Punkte lt. Leistungskatalog</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostendaten (der Kostenstelle)</td>
<td>Kalkulationssatz ärztlicher Dienst</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Arbeitsschritte:

✔ Prüfen Sie, welche Leistungsdaten in den direkten Kostenstellen vorliegen.

✔ Legen Sie für jede direkte Kostenstelle die Bezugsgröße der Kostenzurechnung gemäß den Vorgaben der Anlage 5 fest.

✔ Bilden Sie Kalkulationssätze für die direkten Kostenstellen.

✔ Verteilen Sie die Gemeinkosten der direkten Kostenstellen auf die einzelnen Pflegetage der leistungsempfängenden Patienten unter Verwendung der Kalkulationssätze.

.richTextBox:

✔ Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachvollziehen zu können.
6.4.3 Station

Einbezogener Leistungsbereich

Nicht dem Bereich Station sind alle Leistungsstellen zuzurechnen, die therapeutische Kernleistungen erbringen, wie z.B. Psychotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie oder andere therapeutische Leistungen.

Falls in einer Organisationseinheit Bereiche mit unterschiedlicher Betreuungsintensität zusammengefasst sind, sind mindestens die Bereiche mit vollstationärer und teilstationärer Versorgung durch eigene Kostenstellen von einander abzugrenzen.

Einzelheiten zur Zuordnung von Kostenstellen zu Kostenstellengruppen sind Anlage 6 zu entnehmen.

Datengrundlage für die Kostenträgerrechnung

Einzelkostenkalkulation

Die Kosten teurer Sachgüter werden dem einzelnen Patienten gemäß den Vorgaben der Anlage 10 als Einzelkosten direkt zugeordnet. Einzelkosten im Bereich der Station können z.B. besonders teure Arzneimittel sein.

Die benötigten Daten je Patient zur Einzelkostenzurechnung zeigt Tabelle 13 am Beispiel der Einzelkosten für Arzneimittel:
Tabelle 13: Benötigte Daten zur kostenträgerbezogenen Einzelkostenkalkulation

<table>
<thead>
<tr>
<th>Station</th>
<th>Einzelkostenkalkulation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Arzneimittel</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsdaten (des Patienten)</th>
<th>IST-Verbrauch bzw. Verbrauch der einbezogenen Artikel nach KVM</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kostendaten</th>
<th>Artikelkosten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alternative 1</td>
<td>Anschaffungspreis je Artikel</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 2</td>
<td>Durchschnittspreis je Artikel</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erläuterungen</th>
<th>Bitte Vorgaben der Anlage 10 beachten.</th>
</tr>
</thead>
</table>

Die Einzelkostenzurechnung setzt patientenbezogene Leistungsinformationen voraus. Anlage 10 gibt artikelbezogen vor, ob die Sachmittelverbräuche patientenindividuell dokumentiert sein müssen oder auch standardisierte Verbrauchsdaten als Grundlage einer Kostenzurechnung über ein Klinisches Verteilungsmodell zugrunde gelegt werden dürfen.


Ausführliche Erläuterungen zur Einzelkostenzurechnung enthält Kapitel 6.1.1.

**Gemeinkostenkalkulation**

**Allgemeines**

Die Behandlungsleistung im Leistungsbereich Station ist wesentlich dadurch gekennzeichnet, dass

- zu einzelnen Patienten unterschiedlich häufige Kontakte mit vielfach nur kurzer Dauer bestehen,
- Leistungen häufig an alle Patienten einer Station gleichermaßen gerichtet sind,
Die typischerweise im stationären Bereich anfallenden Leistungen weisen vor allem folgende Inhalte auf:

- Betreuung unter Beachtung eines dem Krankheitsbild angemessenen therapeutischen Grundverfahrens unter Beteiligung eines multiprofessionellen Behandlungsteams,
- regelmäßige Visiten,
- Behandlung somatisch-medizinischer Erkrankungszustände im Stationskontext, ggf. multidisziplinäre Abstimmung zur integrierten somatischen und psychosomatischen Behandlung,
- turnusmäßige (häufig: wöchentliche) multiprofessionelle Teambesprechung zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs mit schriftlicher Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.


**Verrechnung der Personalkosten ärztlicher Dienst (Modul 21.1, 22.1), Personalkosten Pflegedienst/Erziehungsdienst (Modul 21.2, 22.2), Personalkosten Psychologen (Modul 21.3a, 22.3a), Personalkosten Sozialarbeiter/Sozial-/Heilpädagogen (Modul 21.3b, 22.3b), Personalkosten Spezialtherapeuten (Modul 21.3c, 22.3c), Personalkosten medizinisch-technischer Dienst und Funktionsdienst (Modul 21.3, 22.3) sowie Sachkosten Arzneimittel (Modul 21.4a, 22.4a), Sachkosten übriger medizinischer Bedarf (Modul 21.6a, 22.6a)**

Die Gemeinkosten für Personal und Sachmittel werden im Rahmen einer gewichteten Bezugsgrößenkalkulation auf Grundlage der erbrachten Pflegetage (Leistungsmerkmal Pflegetage, siehe auch die Definition in Kap. 6.4.1) zugeordnet. Für die Berechnung des Kostensatzes der Bezugsgröße „gewichteter Pflegetag“ werden folgende Leistungs- und Kostendaten benötigt (vgl. Tab. 14):
Kapitel 6: Kostenträgerrechnung

Tabelle 14: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße

<table>
<thead>
<tr>
<th>Station</th>
<th>Gemeinkostenkalkulation</th>
<th>Personalkosten ärztlicher Dienst</th>
<th>Sachkosten übriger medizinischer Bedarf</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Leistungsdaten (der Kostenstelle)</td>
<td></td>
<td>Gewichtete Pflegetage</td>
<td>Gewichtete Pflegetage</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostendaten (der Kostenstelle)</td>
<td></td>
<td>Gesamtkosten ärztlicher Dienst</td>
<td>Gesamtkosten übriger medizinischer Bedarf</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalkulationssatz</td>
<td>= Gesamtkosten/ gewichtete Pflegetage</td>
<td>= Gesamtkosten/ gewichtete Pflegetage</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Besonderheiten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Entsprechend der bereits in Kap. 6.2.1 beschriebenen Unterscheidung der Leistungsbereiche Station, Therapie und Diagnostik umfasst das im stationären Bereich zu betrachtende Leistungsvolumen den nicht bereits als therapeutische oder diagnostische Einzelleistungen erfassten Anteil an der Gesamt-Behandlungsleistung. Der im stationären Bereich betrachtete Leistungsumfang ergibt sich insofern als Residualgröße im Rahmen der Gesamtbehandlung (vgl. zur Ermittlung des stationären Leistungsumfanges die Erläuterungen in Kap. 6.2.2).

Gewichtung der Pflegetage durch tagesvariable Bestimmung der Betreuungsintensität anhand von Merkmalen des Patienten

Für die Gewichtung der einzelnen Pflegetage ist in den einzelnen Einrichtungen ein Modell zur tagesvariablen Bestimmung der Betreuungsintensität zu verwenden, das im Bezug auf die dort angewandten Therapiekonzepte, die Unterbringungssituation und Zusammensetzung der Patientengruppen (u.a. Schwerpunkte behandelter Krankheitsbilder, Alter der Patienten) usw. zur Verteilung der Residualkosten des Leistungsbereichs Station geeignet ist. Die Voraussetzungen, die ein solches Modell zur tagesvariablen Bestimmung der Betreuungsintensität zu erfüllen hat, werden im Folgenden beschrieben.

Für die Krankenhäuser bestehen generell zwei Optionen zur Bestimmung der Betreuungsin tensität in der Kalkulationspraxis. Ist eine fortlaufende tageweise Dokumentation der Merkmale und Verhaltensweisen eines Patienten während seines Aufenthaltes möglich, so kann eine tagesvariable Bestimmung der Betreuungsin tensität wie in diesem Kapitel beschrieben erfolgen. Liegt eine solche fortlaufende tageweise Dokumentation nicht vor, kann über gangsweise eine Gewichtung anhand einer Kombination aus aufenthaltsstabilen und tagesvariablen Merkmalsausprägungen des Patienten, die retrospektiv der Dokumentation entnommen werden können, vorgenommen werden.


Für jedes patientenbezogene Merkmal bzw. für jede Verhaltensweise werden unterschiedliche Ausprägungsgrade definiert, welche sich in Abhängigkeit von der Art des Behandlungsbereichs oder von Station zu Station je nach den Gegebenheiten vor Ort unterscheiden können, aber nicht unterscheiden müssen. Für jeden Ausprägungsgrad eines patientenbezogenen Merkmals oder einer Verhaltensweise ist eine Punktzahl festzulegen. Es ist möglich, die einzelnen Merkmale bzw. Verhaltensweisen zueinander nach ihrem Beitrag zum Gesamtbetreuungsaufwand zu gewichten, soweit dies im gegebenen Stationskontext sinnvoll erscheint. Der Ausprägungsgrad der patientenbezogenen Merkmale/Verhaltensweisen ist mit Fall- und Tagesbezug zu dokumentieren. Ausgearbeitete Beispiele zu den Ausprägungsgraden der patientenbezogenen Merkmale/Verhaltensweisen für verschiedene Behand-
lungsberichte sind in Anlage 13 des Kalkulationshandbuchs zu finden.

Mit Hilfe eines solchen Gewichtungsmodells wird dem Patienten für jeden einzelnen Tag der Behandlung eine Punktzahl zugewiesen, die sich aus der Summe der Punkte aller patientenbezogenen Merkmale/Verhaltensweisen pro Pflegetag ergibt. Anhand dieser Punktzahl ergibt sich das für die Kostenzurechnung zu verwendende Aufwandsgewicht, das die tagesbezogene Betreuungsintensität eines Patienten im Verhältnis zu den anderen Patienten der Station bzw. der Kostenstelle widerspiegelt. Die Skalenbreite für die Ausprägungsgrade der einzelnen patientenbezogenen Merkmale sollte dabei mit Bedacht gewählt werden und nicht zu weit ausfallen, da bei einer sehr weit gewählten Skala die Gefahr einer Häufung der Punktzahlen um einen bestimmten Bereich besteht.

Zwischen der minimal möglichen Punktzahl pro Tag und den regelhaft vorkommenden hohen Punktzahlen pro Tag sollte sich analog zur PPR (Pflege-Personalregelung) eine maximale Spreizung (= Verhältnis von maximal zu minimal möglicher Punktzahl) von vier ergeben. In seltenen Ausnahmefällen, wenn die höchsten erreichbaren Punktzahlen pro Tag vergeben wurden, kann sich auch eine Spreizung von bis zu sechs ergeben.

Liegt die Spreizung der Punktzahlen pro Tag (gemessen als Differenz zwischen maximal und minimal möglicher Punktzahl) – beispielsweise bedingt durch ein sehr differenziertes Gewichtungsmodell – über dem hier vorgegebenen Wert von vier bzw. sechs, so werden die möglichen Punktzahlen, die sich pro Tag und Patient ergeben können, in Gruppen, denen ein Aufwandsgewicht zugewiesen wird, zusammengefasst. Es erfolgt somit eine Umrechnung der Punktzahlen in Aufwandsgewichte, deren Spreizung auf vier bzw. sechs begrenzt ist.

Die wie oben beschrieben ermittelte Betreuungsintensität in Form von Aufwandsgewichten wird zur Kostenzuordnung für alle im Stationsbereich tätigen Berufsgruppen sowie für die Sachgemeinkosten für Medikamente und den übrigen medizinischen Bedarf gleichermaßen herangezogen.

Bei der Umsetzung der Gewichtung in der Kalkulationspraxis sind von den Krankenhäusern innerhalb des vorgegebenen Rahmens ggf. weitere individuelle Festlegungen im Detail zu treffen. Dazu zählen im Wesentlichen

- die Prüfung der Anwendbarkeit der beispielhaft vorgestellten Gewichtungsmodelle vor dem Hintergrund des Patientenspektrums der betreffenden Station oder Abteilung,
- ggf. die Heranziehung weiterer aufwandssteigernder patientenbezogener Merkmale oder Verhaltensweisen,
- die Prüfung der Anwendbarkeit der in den beispielhaft vorgestellten Gewichtungsmodellen festgelegten Punktwerte für jedes patientenbezogene Merkmal
- ggf. Festlegung von Punktwerten für jedes patientenbezogene Merkmal
ggf. Festlegung der Aufwandsgewichte in Abhängigkeit von der erreichten Spreizung

Anwendung eines bereits bestehenden Gewichtungsmodells


Hinweise:

1. Ein Pflegetag ist immer vollständig als Tag in Regelbehandlung oder Tag in Intensivbehandlung zu kennzeichnen. Maßgeblich ist der an einem Tag überwiegende Anteil der Behandlungsart.


Die benötigten kostenträgerbezogenen Daten zur Berechnung der Behandlungskosten zeigt Tabelle 15:

**Tabelle 15: Benötigte Daten zur kostenträgerbezogenen Berechnung der Behandlungskosten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Station</th>
<th>Gemeinkostenkalkulation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Personalkosten ärztlicher Dienst</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsdaten (des Patienten)</td>
<td>Gewichtete Pflegetage (datumsbezogen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostendaten (der Kostenstelle)</td>
<td>Kalkulationssatz ärztlicher Dienst</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Beispiel:**

Eine Station der Allgemeinpsychiatrie (Regelbehandlung) verfügt über 15 Betten und erbringt pro Jahr 4.654 Pflegetage (L). Nach einem der oben beschriebenen Modelle wurden die Pflegetage der Station aufwandsgerecht mit Punktwerten versehen. In Summe ergibt sich in der Beispielstation eine Summe von 51.194 Punkten. Die Personalkosten des ärztlichen Dienstes belaufen sich nach Durchführung der in Kapitel 6.3.2 dargestellten Arbeiten auf 125.400 GE (K).

Für die Zurechnung der Personalkosten des ärztlichen Dienstes ist der Kalkulationssatz (KS) je gewichteter Pflegetag zu verwenden. Der Kalkulationssatz ergibt sich aus einer Division der zu verrechnenden Kosten (K) durch die Zahl der Punktesumme der Station (L):

\[
KS: \quad \frac{125.400 \text{ GE}}{51.194} \approx 2,45 \text{ GE je Punkt}
\]


Der Patienten sind tagesbezogen die Personalkosten des ärztlichen Dienstes auf der Station (Regelbehandlung) nach folgendem Schema zuzuordnen:

- Tag 1 und Tag 2: Die Patientin erhielt jeweils 6 Punkte. Zuzuordnen sind jeweils 6*2,45 GE = 14,7 GE.
- Tag 3 und 4: Die Patientin erhielt aufgrund einer Krisensituation jeweils 14 Punkte. Zuzuordnen sind jeweils 14*2,45 GE = 34,3 GE.
- Tag 5 und 6: Die Patientin erhielt jeweils 6 Punkte. Zuzuordnen sind jeweils 6*2,45 GE = 14,7 GE.
- Tag 7: Die Patientin erhielt 4 Punkte. Zuzuordnen sind 4*2,45 = 9,8 GE.
### Tabelle 16: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße

<table>
<thead>
<tr>
<th>Station</th>
<th>Gemeinkostenkalkulation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Kosten med. Infrastruktur</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsdaten (der Kostenstelle)</td>
<td>Pflegetage</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostendaten (der Kostenstelle)</td>
<td>Gesamtkosten med. Infrastruktur</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalkulationssatz</td>
<td>= Gesamtkosten/ Pflegetage</td>
</tr>
<tr>
<td>Erläuterungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Besonderheiten</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen das Gesamtleistungsvolumen der Kostenstelle (hier: Pflegetage) und die Gesamtkosten der Kostenartengruppe, bezogen auf die gesamte betrachtete Periode.


Die benötigten kostenträgerbezogenen Daten zur Berechnung der Behandlungskosten zeigt Tabelle 17:
Tabelle 17: Benötigte Daten zur kostenträgerbezogenen Berechnung der Behandlungskosten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Station</th>
<th>Gemeinkostenkalkulation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Kosten med. Infrastruktur</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsdaten (des Patienten)</td>
<td>Pflegetage</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostendaten (der Kostenstelle)</td>
<td>Kalkulationssatz med. Infrastruktur</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Aufteilung der Kosten des Leistungsbereichs Station auf die Kostenstellengruppen 21 (Station-Regelbehandlung) und 22 (Station-Intensivbehandlung)


Hinweise:

Für Begleitpersonen, deren Mitaufnahme aus medizinischen Gründen erfolgt, sind eigene Falldatensätze anzulegen.

Diesen Falldatensätzen werden ausschließlich Kosten der Kostenartengruppe 8 auf der Station (Regelbehandlung, Modul 21.8) zugeordnet. Bei der Bildung des Kalkulationssatzes je Pflegetag für die Kostenartengruppe 8 ist die Zahl der Pflegetage der Kostenstelle um die auf Begleitpersonen (Mitaufnahme ist medizinisch begründet) entfallenden Pflegetage zu ergänzen.

**Prüfung der Datengrundlage**

Im Hinblick auf ein inhaltlich und formal plausibles Kalkulationsergebnis sollten im Leistungsbereich Station die nachfolgend aufgeführten Prüfungen und Abgleiche der Kalkulationsdaten vorgenommen werden:

**Leistungsdaten (der Kostenstelle)**

- Für jeden Fall mit Stationskontakt liegen Angaben zu der für einzelne Pflegetage (Datum) geltenden Gewichtung des Betreuungsaufwands vor (bei Kurzliegern bzw. Stundenfällen wurden die darauf bezogenen Erläuterungen beachtet).
- Für Stationen mit teilstationärer Versorgung wurden die Hinweise zur ggf. vorzunehmenden Gewichtung der Pflegetage bei tages- bzw. nachtklinischer Versorgung beachtet.
- Die tagesbezogenen Aufwandswerte liegen innerhalb der vorgegebenen Skalenbreite.
- Die Anwendung eines bereits bestehenden Gewichtungsmodells wurde durch das InEK genehmigt.
- Das für die Kostenstelle insgesamt dokumentierte Pflegetagvolumen ergibt einen daraus resultierenden plausiblen Auslastungsgrad der Betten.

**Kostendaten (der Kostenstelle)**

- Kosten für extern bezogene diagnostische bzw. therapeutische Leistungen sind den dafür definierten Kostenstellengruppen zugeordnet. Die Kostenstellenkosten sind um Kosten bereinigt, die in besonderen Kostenmodulen auszuweisen sind (Kosten für Blutprodukte [Modul 10.4b], Kosten für Dialyseleistungen [Kostenstellengruppe 3]).
- Die Höhe der berechneten Kostensätze je Bezugsgröße weist in den Kostenstellen einer Fachabteilung nur geringfügige Schwankungen auf. Auftretende deutliche Unterschiede lassen sich erklären.
6.4.4 Psychotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Andere Therapie

Einbezogener Leistungsbereich

Der Leistungsbereich umfasst alle Kostenstellen, die therapeutische Kernleistungen erbringen. Therapeutischen Kernleistungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie

- als ärztlich indizierte therapeutische Maßnahme innerhalb einer therapiezielorientierten Behandlung,
- im unmittelbaren Patientenkontakt,
- mit Bezug zu genau einem bestimmten Patienten (bei Einzelmaßnahme) bzw. einer bestimmten Patientengruppe (bei Gruppenmaßnahme),

erbracht werden.

Darin eingeschlossen sind auch folgende Leistungen:

- Aufnahmegespräch
- Psychologische Tests und Diagnostik
- Psychoedukation

Die Dauer der einzelnen therapeutischen Maßnahme ist für deren Charakterisierung als therapeutische Kernleistung nicht von Bedeutung.

Nicht zu den therapeutischen Kernleistungen zählen insbesondere

- Therapieplanungen
- administrative Vorgänge ohne Beisein des Patienten, die das Lebensumfeld des Patienten betreffen (z.B. Behördenkontakte, Regelung finanzieller Verhältnisse, Wohnungsangelegenheiten)
- Teambesprechungen, Supervisionen, Fokusgespräche
- Erstellung von patientenbezogenen Gutachten (z.B. für gerichtlich angeordnete Unterbringungen)

Therapeutische Kernleistungen unterscheiden sich durch die beschriebenen Merkmale von den Betreuungsleistungen im Bereich Station (vgl. Kap. 6.4.3).

Die Kostenstellen sind anhand des dort erbrachten Leistungsspektrums einer der folgenden Kostenstellengruppen zuzuordnen:
Psychotherapie

Der Bereich Psychotherapie umfasst die folgenden, beispielhaft aufgeführten Leistungsinhalte:

Vorwiegend durch die ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen erbrachte Leistungen:

- Einzelspsychotherapie (ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch)
- Psychosomatisches ärztliches Gespräch
- Gruppenpsychotherapie
- (Störungsspezifische) Psychoedukation
- Angehörigengespräche (z.B. Psychoedukation)
- Elterngespräche, Familiengespräche und Familientherapie oder/und Gespräche mit dem Herkunfts­milieu (z.B. Jugendhilfe, Pflege­familie)
- Begleitung von Deeskalationen (desaktivisierendes „talking down“ bis hin zu Freiheits­einschränkung oder Freiheits­entzug)
- Begleitung bei richterlichen Anhörungen zur zwangs­weisen Unterbringung
- Monitoring und ärztliche Behandlung von Entzugssymptomatik
- Aufklärung, Compliance­förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie

Vorwiegend durch die Spezialtherapeuten, Sozialarbeiter und Pflege­fachkräfte erbrachte Leistungen:

- Bezugstherapeutengespräche
- Spezielle psychosoziale Interventionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining)
- Anleitung zu sozialer Interaktion
- Sensorisch fokussierte Therapie (z.B. Genuss­gruppe, Snoezelen)
- Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, autogenes Training oder psychophysio­logische Techniken wie Biofeedback)
- Übende Verfahren und Hilfekoordination zur Reintegration in den individuellen psychosozialen Lebensraum
- Begleitung in die Patientengruppe
- Behandlung durch die pädagogisch­pflegerischen Fachkräfte (z.B. alltags­bezogene Trainings, Aktivierungs­behandlung, Anleitung und Förderung der Selbständigkeit, Esstraining, Verstärk­plan, Feedbackrunden)
- Täglich stundenweise Einzelbetreuung oder intensive Beaufsichti­gung in Kleinstgruppe durch pädagogisch­pflegerisches Personal
Kapitel 6: Kostenträgerrechnung

Ergotherapie
Der Bereich Ergotherapie umfasst die folgenden, beispielhaft aufgeführten Leistungsinhalte:

- Heilpädagogische oder ergotherapeutische Förder- und Behandlungsverfahren (einzeln, ggf. auch als Eltern-Kind-Interaktionsförderung)
- Gelenkte Freizeitaktivitäten, Medienpädagogik, Erlebnispädagogik/-therapie mit therapeutischem Auftrag
- Bewegungstherapie (z.B. Sporttherapie)
- Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Mitpatienten wie Spiel, Sport, Freizeit
- Kreativtherapien (z.B. Tanz-, Kunst-, Musiktherapie)
- Arbeitstherapie (Werkstatt, Landwirtschaft)
- Bürotraining
- Psychosomatische Kompetenztrainings (z.B. Ernährungsberatung)

Physikalische Therapie
Der Bereich Physikalische Therapie umfasst die folgenden, beispielhaft aufgeführten Leistungsinhalte:

- Physiotherapie (z.B. Gymnastik, Massage, Bäder)
- Mototherapie
- Hippotherapie

Andere Therapie
Der Bereich andere Therapie umfasst die folgenden, beispielhaft aufgeführten Leistungsinhalte:

- Logopädie (z.B. bei Schluckstörungen)
- Lichttherapie
- Schmerztherapie (nicht durch Anästhesie)
- Hirnstimulation
- Elektrokrampftherapie

Einzelheiten zur Zuordnung von Kostenstellen zu Kostenstellengruppen sind Anlage 6 zu entnehmen.

Hinweis:

Eine direkte Kostenstelle kann nur genau einer Kostenstellengruppe zugeordnet werden. Je nach Ausgangssituation in der Kostenstellengliederung kann die Situation auftreten, dass in einer Kostenstelle Leistungen erbracht werden, die ihrer Art nach zwei (oder evtl. mehr) unterschiedlichen Leistungsbereichen (Kostenstellengruppen) zuzuordnen sind. In einem solchen Fall ist eine Teilung der Kostenstelle in
der Weise erforderlich, dass die neu gebildeten Kostenstellen jeweils ein homogenes Leistungsspektrum abdecken und sich eindeutig den definierten Kostenstellengruppen zuordnen lassen. Zur Vorgehensweise enthält Kap. 6.2.2 nähere Erläuterungen.

**Datengrundlage für die Kostenträgerrechnung**

**Einzelkostenkalkulation**


Die benötigten Daten je Patient zur Einzelkostenzurechnung zeigt Tabelle 18 am Beispiel der Einzelkosten für übrigen medizinischen Bedarf:

**Tabelle 18: Benötigte Daten zur kostenträgerbezogenen Einzelkostenkalkulation**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Therapie</th>
<th>Einzelkostenkalkulation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Einzelkosten übriger medizinischer Bedarf</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsdaten (des Patienten)</td>
<td>IST-Verbrauch bzw. Verbrauch der einbezogenen Artikel nach KVM</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostendaten</td>
<td>Artikelkosten</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 1</td>
<td>Anschaffungspreis je Artikel</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 2</td>
<td>Durchschnittspreis je Artikel</td>
</tr>
<tr>
<td>Erläuterungen</td>
<td>Bitte Vorgaben der Anlage 10 beachten.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Einzelkostenzurechnung setzt patientenbezogene Leistungsinformationen voraus. Anlage 10 gibt artikelbezogen vor, ob die Sachmittelverbräuche patientenindividuell dokumentiert sein müssen oder auch standardisierte Verbrauchsdaten als Grundlage einer Kostenzurechnung über ein Klinisches Verteilungsmodell zugrunde gelegt werden dürfen.

Ausführliche Erläuterungen zur Einzelkostenzurechnung enthält Kapitel 6.1.1.

**Gemeinkostenkalkulation**

Verrechnung der Personalkosten ärztlicher Dienst (Module 23.1, 24.1, 25.1, 26.1), Personalkosten Pflegedienst/Erziehungsdiens (Module 23.2, 24.2, 25.2, 26.2), Personalkosten Psychologen (Module 23.3a, 24.3a, 25.3a, 26.3a), Personalkosten Sozialarbeiter/Sozial-/Heilpädagogen (Module 23.3b, 24.3b, 25.3b, 26.3b), Personalkosten Spezialtherapeuten (Module 23.3c, 24.3c, 25.3c, 26.3c), Personalkosten medizinisch-technischer Dienst und Funktionsdienst (Module 23.3, 24.3, 25.3, 26.3), Sachkosten Arzneimittel (Module 23.4a, 24.4a, 25.4a, 26.4a), Sachkosten übriger medizinischer Bedarf (Module 23.6a, 24.6a, 25.6a, 26.6a) sowie Kosten der medizinischen Infrastruktur (Module 23.7, 24.7, 25.7, 26.7), Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur (Module 23.8, 24.8, 25.8, 26.8)

Die genannten Kostenarten werden anhand der Leistungszeit oder der Punkte laut Leistungskatalog den einzelnen Patienten zugeordnet. Eine Verteilung der Kosten auf Grundlage anderer Leistungsmerkmale ist nicht zulässig. Die für die Kostenträgerrechnung benötigten Leistungs- und Kostendaten zeigt folgende Tabelle am Beispiel der Personalkosten ärztlicher Dienst und der Sachkosten für übrigen medizinischen Bedarf:
### Tabelle 19: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße

<table>
<thead>
<tr>
<th>Therapie</th>
<th>Gemeinkostenkalkulation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Personalkosten ärztlicher Dienst</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsdaten (der Kostenstelle)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 1</td>
<td>Leistungszeit</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Punkte lt. Leistungskatalog</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kostendaten (der Kostenstelle)</td>
<td>Gesamtkosten ärztlicher Dienst</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalkulationssatz</td>
<td>= Gesamtkosten/Leistungsdaten (Alt. 1 oder 2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Erläuterungen</td>
<td>Leistungszeit: Zeit des unmittelbaren Patientenkontakts inkl. Vor-/Nachbereitung, Dokumentation Leistungskatalog: z.B. GOÄ, DKG-NT, Hauskatalog</td>
</tr>
<tr>
<td>Besonderheiten</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Als Leistungsdaten werden die Leistungszeit bzw. die Leistungspunkte des Patienten für jeden einzelnen Pflegetag (datumsbezogen) benötigt. Die erforderlichen Daten je Patient zur Berechnung der Behandlungskosten zeigt Tabelle 20:
Tabelle 20: Benötigte Daten zur kostenträgerbezogenen Berechnung der Behandlungskosten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Therapie</th>
<th>Gemeinkostenkalkulation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Personalkosten ärztlicher Dienst</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsdaten (des Patienten)</td>
<td>(datumsbezogen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 1</td>
<td>Leistungszeit</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 2</td>
<td>Punkte lt. Leistungskatalog</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostendaten (der Kostenstelle)</td>
<td>Kalkulationssatz ärztlicher Dienst</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**Hinweise:**

ℹ Die Leistungszeit beinhaltet die Zeit des unmittelbaren Patientenkontakts sowie die Zeit für Vor-/Nachbereitung und Dokumentation einer einzelnen therapeutischen Maßnahme.

ℹ Einzelmaßnahmen für einen Patienten (z.B. Einzeltherapiegespräche, Einzelbegleitung im Rahmen einer Exposition) werden im Umfang der für die Maßnahme benötigten Zeit (Leistungszeit) bzw. der für diese Leistung vorgesehenen Punktzahl berücksichtigt.

ℹ Bei Gruppenmaßnahmen für mehrere Patienten (z.B. Sporttherapie oder Ernährungsberatung in der Gruppe) ist wie folgt vorzugehen:

- Die Teilnahme an einer Gruppenmaßnahme ist für jeden einzelnen teilnehmenden Patienten gemeinsam mit der Zahl der während der Maßnahme anwesenden Patienten zu dokumentieren.

- Für jeden teilnehmenden Patienten wird ein Umfang von 1/n der Leistungszeit (n = Anzahl der Teilnehmer) berücksichtigt. Falls die Gruppe im 2-Therapeutenprinzip geführt wird, beträgt der Umfang der zu berücksichtigenden Leistungszeit 2/n.


Ergotherapie / Arbeitstherapie


Die Art der Arbeitstherapeutischen Maßnahmen, die teilnehmenden Patienten sowie die Kosten- und Erlössituation dieser Bereiche sind unterschiedlich ausgestaltet, wie die folgenden Beispiele zeigen:

- Druckerei – druckt u.a. alle Formulare des Klinikums und führt Druckaufträge Dritter aus;
- Wäscherei – reinigt die eigene Wäsche und im Auftrag die Wäsche fremder Einrichtungen;
- Holzwerkstatt – u.a. Möbelauflaufbereitung im Auftrag Dritter;
- Trainingsbüro – dort werden u.a. im internen Verwaltungsbetrieb der Einrichtung anfallende „echte“ Aufgaben erledigt;
- Gärtnerei/Landwirtschaft – die Erzeugnisse dienen sowohl zur eigenen Verwendung als auch der externen Verwertung (Verkauf Wochenmarkt);
- Hausmeisterdienste – Pflege der Grünanlagen, Winterdienst, kleine Reparaturen u.ä.

Im Regelfall richtet sich das Angebot der Arbeitstherapie an die Patienten der betreffenden psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtung. In manchen Einrichtungen sind darüber hinaus auch Teilnehmer anderer psychiatrischer bzw. psychosomatischer Einrichtungen oder Teilnehmer mit einem außerhalb der psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung liegenden Maßnahmenhintergrund (z.B. Wiedereingliederung in das Arbeitsleben, Rehabilitation) in die Arbeitstherapie integriert.
Bei der Aufbereitung der Kalkulationsgrundlage in diesem Bereich gilt es

- zwischen eigenen und fremden Patienten zu differenzieren,
- für interne Zwecke und für externe Dritte erstellte Leistungen zu berücksichtigen,
- nicht kalkulationsrelevante Kosten auszugliedern,
- zwischen Therapiekosten und Infrastrukturkosten zu unterscheiden.

Dazu ist wie folgt vorzugehen:

1. Schritt: Ermittlung der Kostenstellenkosten für Patienten der eigenen Einrichtung

Für den Fall, dass auch Patienten, die nicht in der eigenen Einrichtung (teil-)stationär versorgt werden, an den arbeitstherapeutischen Maßnahmen teilnehmen, ist der auf diese Patienten entfallende Anteil der Kostenstellenkosten zu ermitteln. Diese Kosten sind – anteilig über alle Kostenarten – auszugliedern. Zur Bemessung dieses Anteils sind primär die für diese Patienten geleisteten Therapiestunden heranzuziehen. Sind die se nicht ausreichend dokumentiert, können auch Kosten in Höhe der für diese Patienten von deren Finanzierungsträgern erhaltenen Erlöse ausgegliedert werden (vgl. zur Vorgehensweise auch die Erläuterungen in Kap. 4.4.3.1 zur Kostenausgliederung bei ambulanten Leistungen).

Die um die Kosten für „fremde“ Patienten korrigierten Kostenstellenkosten bilden die Grundlage der weiteren Kalkulationsschritte.

2. Schritt: Ermittlung des Therapiekostenanteils

Die von den Patienten im Rahmen der Arbeitstherapie ausgeübten Tätigkeiten verfolgen primär ein therapeutisches Ziel, führen jedoch häufig auch zu einer nach innen (einrichtungsintern) und/oder außen (für Dritte) gerichteten Wertschöpfung. Vor diesem Hintergrund sind diejenigen Kosten, die eine Nähe zum therapeutischen Charakter der Maßnahme aufweisen, als Therapiekosten in der Kalkulation zu behandeln und von den übrigen Kosten der Kostenstelle zu unterscheiden.


Therapiekosten sind separat in einer der Kostenstellengruppe 25 (Ergotherapie) zuzuordnenden direkten Kostenstelle auszuweisen. Diese direkte Kostenstelle darf keine Kostenanteile enthalten, die nicht als Therapiekosten an-
zusehen sind. Unter bestimmten Voraussetzungen ist daher zur Unterschei-
dung der Therapiekosten von den übrigen Kosten der Kostenstelle eine
Trennung der Kostenstelle vorzunehmen (nähere Erläuterungen dazu unter
Schritt 4).

Therapiekosten werden nicht in die Kostenausgliederung im Zusammenhang
mit Leistungen an Dritte einbezogen (vgl. die Erläuterungen unter Schritt 3).

3. Schritt: Kostenausgliederung im Zusammenhang mit Leistungen für Dritte

Soweit für Arbeitsleistungen der Patienten der Einrichtung Erlöse zuziehen
(z.B. gegen Entgelt im Auftrag Dritter erstellte Leistungen, externer Verkauf
durch die Einrichtung; vgl. die eingangs zu diesem Abschnitt genannten Bei-
spiele), sind die mit diesen Arbeitsleistungen verbundenen Kosten aus-
zugliedern. Die Vorgehensweise bei der Kostenausgliederung für Leistungen
an Dritte wird in Kapitel 4.4.3.6 ausführlich erläutert.

Die Kostenausgliederung ist grundsätzlich anteilig über alle Kostenarten
hinweg vorzunehmen. Kosten des mit therapeutischen Aufgaben betrauten
Personals dürfen jedoch nur mit dem Anteil in die Kostenausgliederung ein-
bezogen werden, in dem die Mitarbeiter an der Erstellung der eigentlichen
Arbeitsleistungen mitwirken.

4. Schritt: Einbeziehung der verbleibenden kalkulationsrelevanten Kosten in
die Kalkulation

Kosten, die nicht entsprechend den in Schritt 1 und Schritt 3 beschriebenen
Sachverhalten auszugliedern sind, stellen kalkulationsrelevante Kosten dar.
Es handelt sich dann in vollem Umfang um Therapiekosten (vgl. die Erläute-
 rung in Schritt 2), wenn die Arbeitsleistungen nicht auch für interne Zwecke
Verwendung finden.

Bei Arbeitsleistungen, die für interne Zwecke erstellt werden, handelt es sich
in der Regel um dem Bereich der Infrastruktur zuzuordnende Leistungen. Im
Gegensatz zu den gegen Entgelt für externe Abnehmer erstellten Leistungen
sind die Kosten der für interne Zwecke erstellten Arbeitsleistungen in die
Kalkulation einzubeziehen. Da diese Kosten von den Therapiekosten zu un-
terscheiden sind, ist die Einrichtung einer separaten Kostenstelle erforder-
lich. Es handelt sich dabei um eine indirekte Kostenstelle, die je nach Art der
erstellten Leistung der medizinischen bzw. nicht medizinischen Infrastruktur
zuzuordnen ist.
**Prüfung der Datengrundlage**

Im Hinblick auf ein inhaltlich und formal plausibles Kalkulationsergebnis sollten im betrachteten Leistungsbereich die nachfolgend aufgeführten Prüfungen und Abgleiche der Kalkulationsdaten vorgenommen werden:

**Leistungsdaten (der Kostenstelle)**

- Für jeden Patienten, für den eine Leistung erbracht wurde, liegen datumsbezogene Angaben zur Leistungsdauer (bzw. Punktzahl lt. Leistungskatalog), Einzel-/Gruppenmaßnahme, Teilnehmerzahl bei Gruppenmaßnahmen, durchführende Berufsgruppe, Leistungsdatum, Behandlungsaufenthalt (Fall) vor.
- Die erfasste Leistungsdauer bzw. die dokumentierten Punktmengen liegen in einem für die Art der Leistung plausiblen Wertekorridor.
- Sofern die erbrachten Leistungen durch einen OPS-Kode beschrieben werden, ist dieser – in Übereinstimmung mit der internen Leistungsdokumentation – am Tag der Leistungserbringung für den Fall dokumentiert.

**Kostendaten (der Kostenstelle)**

- Kosten für hier betrachtete extern bezogene Leistungen sind der dafür definierten Kostenstellengruppe (Psychotherapie/Physikalische Therapie/Ergotherapie/andere Therapie) zugeordnet.
- Die Kostenstellenkosten sind um Kosten bereinigt, die als Einzelkosten (für teure Medikamente und Artikel des übrigen med. Sachbedarfs) oder in besonderen Kostenmodulen (Kosten für Blutprodukte [Modul 10.4b]) auszuweisen sind.
6.4.5 Kardiologische Diagnostik/Therapie, endoskopische Diagnostik/Therapie, Radiologie, übrige diagnostische/therapeutische Bereiche

Einbezogene Leistungsbereiche


Radiologie: Der Leistungsbereich umfasst Funktionsstellen zur Diagnostik mit Hilfe bildgebender Verfahren. Unter das hier relevante Leistungsspektrum fallen konventionelle Röntgenverfahren (z.B. Thoraxaufnahmen, Skelettaufnahmen), Angiographien und Angioplastien, aber auch komplexe diagnostische Maßnahmen unter Einsatz von Großgeräten, wie z.B. Computertomographie (CT), Magnet-Resonanz-Tomographie (Kernspintomographie MRT), Positronen-Emissions-Tomographie (PET) oder Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT). Darüber hinaus zählen zum Leistungsbereich Radiologie auch Strahlentherapien, nuklearmedizinische Therapien und Szintigraphien.

Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche: Zu diesem Leistungsbereich zählen alle Funktionsstellen, die diagnostische oder therapeutische Leistungen am Patienten erbringen und nicht einem der anderen definierten Leistungsbereiche (Kostenstellengruppen) zuzuordnen sind. Beispielhaft für das hier relevante Leistungsspektrum seien die folgenden Leistungen aufgeführt: EEG, EKG, Sonographie, Elektrostimulation des Nervensystems, Epilepsiediagnostik, EMG, Untersuchungen des Verdauungstraktes (z.B. Manometrie) und Harntraktes (z.B. Uroflow, Urodynamik), zentrale Aufnahmestelle (Untersuchung, Diagnostik – nicht bettenführend), Notfallversorgung/Rettungsstelle, physikalische Therapie.

Einzelheiten zur Zuordnung von Kostenstellen zu Kostenstellengruppen sind Anlage 6 zu entnehmen.
Datengrundlage für die Kostenträgerrechnung

Einzelkostenkalkulation

Die Kosten teurer Sachgüter werden dem einzelnen Patienten gemäß den Vorgaben der Anlage 10 als Einzelkosten direkt zugeordnet. Einzelkosten können beispielsweise teure Sachgüter des medizinischen Bedarfs, wie Herzkathe ter oder spezielle Elektroden, sein. Die nachfolgende Tabelle zeigt die benötigten Daten am Beispiel für Einzelkosten des übrigen medizinischen Bedarfs:

Tabelle 21: Benötigte Daten zur kostenträgerbezogenen Einzelkostenkalkulation

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kardiol. Diag. u. Ther.</th>
<th>Einzelkostenkalkulation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Einzelkosten übriger medizinischer Bedarf</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsdaten (des Patienten)</td>
<td>IST-Verbrauch bzw. Verbrauch der einbezogenen Artikel nach KVM</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostendaten</td>
<td>Artikelkosten</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 1</td>
<td>Anschaffungspreis je Artikel</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 2</td>
<td>Durchschnittspreis je Artikel</td>
</tr>
<tr>
<td>Erläuterungen</td>
<td>Bitte Vorgaben der Anlage 10 beachten.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Einzelkostenzurechnung setzt patientenbezogene Leistungsinformationen voraus. Anlage 10 gibt artikelbezogen vor, ob die Sachmittelverbräuche patientenindividuell dokumentiert sein müssen oder auch standardisierte Verbrauchsdaten als Grundlage einer Kostenzurechnung über ein klinisches Verteilungsmodell zugrunde gelegt werden dürfen.


Ausführliche Erläuterungen zur Einzelkostenzurechnung enthält Kapitel 6.1.1.
Gemeinkostenkalkulation

Die primäre Bezugsgröße für die patientenbezogene Kostenverteilung ist für die oben genannten Funktionsbereiche mit Ausnahme der Radiologie die Eingriffszeit (Zeitspanne des interventionellen Eingriffs, z.B. bei kardiologischen Interventionen die Stich-Naht-Zeit) ohne Berücksichtigung von Gleichzeitigkeitsfaktoren und Rüstzeiten. Falls die Datenlage ein Vorgehen anhand der Eingriffszeit nicht zulässt, können die Kosten für die im Funktionsraum erbrachten Leistungen auch auf der Grundlage eines im Krankenhaus üblichen Leistungskatalogs (z.B. GOÄ, DKG-NT, Hauskatalog) verteilt werden. Im Leistungsbereich Radiologie dienen die anhand eines Leistungskatalogs erfassten Leistungspunkte als Bezugsgröße der Kostenzurechnung.

Verrechnung der Personalkosten ärztlicher Dienst (Module 7.1, 8.1, 9.1, 11.1), Personalkosten Pflegedienst (Modul 11.2), Personalkosten medizinisch-technischer Dienst und Funktionsdienst (Module 7.3, 8.3, 9.3, 11.3), Sachkosten Arzneimittel (Module 7.4a, 8.4a, 9.4a, 11.4a), Sachkosten übriger medizinischer Bedarf (Module 7.6a, 8.6a, 9.6a, 11.6a), Kosten der medizinischen Infrastruktur (Module 7.7, 8.7, 9.7, 11.7) und Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur (Module 7.8, 8.8, 9.8, 11.8)

### Tabelle 22: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kardiol. Diag. u. Ther.</th>
<th>Gemeinkostenkalkulation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Personalkosten ärztl. Dienst</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsdaten (der Kostenstelle)</th>
<th>Alternative 1</th>
<th>Alternative 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Eingriffszeit</td>
<td>Eingriffszeit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Punkte lt. Leistungskatalog</td>
<td>Punkte lt. Leistungskatalog</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


| Kalkulationssatz                  | = Gesamtkosten/Leistungsdaten (Alt. 1 oder 2) | = Gesamtkosten/Leistungsdaten (Alt. 1 oder 2) |

| Erläuterungen                     | Eingriffszeit: Zeitspanne des intervent. Eingriffs ohne Berücksichtigung von Gleichzeitigkeiten und Rüstzeiten |
|                                  | Leistungskatalog: z.B. GOÄ, DKG-NT, Hauskatalog |

| Besonderheiten                    | |


Als Leistungsdaten werden die Eingriffszeit bzw. die Leistungspunkte des Patienten benötigt. Die erforderlichen Daten zur kostenträgerbezogenen Berechnung der Behandlungskosten zeigt Tabelle 23:
Tabelle 23: Benötigte Daten zur kosten trägerbezogenen Berechnung der Behandlungskosten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kardiol. Diag. u. Ther.</th>
<th>Gemeinkostenkalkulation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Personalkosten ärztlicher Dienst</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsdaten (des Patienten)</td>
<td>(datumsbezogen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 1</td>
<td>Eingriffszeit</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 2</td>
<td>Punkte lt. Leistungskatalog</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostendaten (der Kostenstelle)</td>
<td>Kalkulationssatz ärztlicher Dienst</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**Personalkosten Pflegedienst (Module 7.2, 8.2, 9.2)**
Diese Kosten des Pflegedienstes sind in der kardiologischen Diagnostik/Therapie, der endoskopischen Diagnostik/Therapie und der Radiologie nicht relevant.

**Prüfung der Datengrundlage**

Im Hinblick auf ein inhaltlich und formal plausibles Kalkulationsergebnis sollten im betrachteten Leistungsbereich die nachfolgend aufgeführten Prüfungen und Abgleiche der Kalkulationsdaten vorgenommen werden:

**Leistungsdaten (der Kostenstelle)**

- Für jeden Fall, für den eine Leistung erbracht wurde, liegen datumsbezogen Angaben zur Eingriffszeit oder Punkte lt. Leistungskatalog vor.
- Die erfasste Eingriffszeit bzw. die dokumentierten Punkt mengen liegen in einem für die Art der Leistung plausiblen Werte-Korridor.
- Sofern die erbrachten Leistungen durch einen OPS-Kode beschrieben werden, ist dieser unter dem gleichen Datum wie die erfasste Eingriffszeit bzw. Leistungspunkte insbesondere bei kardiologischen, endoskopischen und radiologischen Maßnahmen für den Fall dokumentiert.
**Kostendaten (der Kostenstelle)**

- Kosten für hier betrachtete extern bezogene Leistungen sind der dafür definierten Kostenstellengruppe (kardiologische Diagnostik/Therapie, endoskopische Diagnostik/Therapie, übrige diagnostische und therapeutische Bereiche) zugeordnet.
- Die Kostenstellenkosten sind um Kosten bereinigt, die in besonderen Kostenmodulen auszuweisen sind (Kosten für Blutprodukte [Modul 10.4b]).

### 6.4.6 Laboratorien

**Einbezogener Leistungsbereich**

Der Leistungsbereich umfasst Funktionsstellen, die für die Durchführung labordiagnostischer Verfahren eingerichtet sind. Diese können als Zentrallabor oder fachgebietsbezogen organisiert sein. Zum Leistungsbereich Laboratorien zählen ebenfalls die Bereiche Transfusionsmedizin (mit den Funktionsstellen Blutspende/Blutaufbereitung/Blutbank), Pathologie und Histologie.

Einzelheiten zur Zuordnung von Kostenstellen zu Kostenstellengruppen sind Anlage 6 zu entnehmen.

**Datengrundlage für die Kostenträgerrechnung**

**Einzelkostenkalkulation**

Die Kosten teurer Sachgüter werden dem einzelnen Patienten gemäß den Vorgaben der Anlage 10 als Einzelkosten direkt zugeordnet. Für den Leistungsbereich Laboratorien sind bei der Einzelkostenzurechnung folgende Besonderheiten zu beachten:

Im Bereich der Labore werden ausschließlich teure Sachgüter aus dem Bereich des übrigen medizinischen Bedarfs verbraucht. Für die Zurechnung laborbezogener Einzelkosten ist daher lediglich das Modul 10.6b relevant.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die benötigten Daten am Beispiel für Einzel- 
kosten des übrigen medizinischen Bedarfs:

**Tabelle 24: Benötigte Daten zur kostenträgerbezogenen**
**Einzelkostenkalkulation (Modul 10.6b)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Laboratorien</th>
<th>Einzelkostenkalkulation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Einzelkosten übriger medizinischer Bedarfs</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsdaten (des Patienten)</td>
<td>IST-Verbrauch bzw. Verbrauch der einbezogenen Artikel nach KVM</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostendaten</td>
<td>Artikelkosten</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 1</td>
<td>Anschaffungspreis je Artikel</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative 2</td>
<td>Durchschnittspreis je Artikel</td>
</tr>
<tr>
<td>Erläuterungen</td>
<td>Bitte Vorgaben der Anlage 10 beachten.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Einzelkostenzurechnung setzt patientenbezogene Leistungsinformationen voraus. Anlage 10 gibt artikelbezogen vor, ob die Sachmittelverbräuche patientenindividuell dokumentiert sein müssen oder auch standardisierte Verbrauchsdaten als Grundlage einer Kostenzurechnung über ein klinisches Verteilungsmodell zugrunde gelegt werden dürfen.


Ausführliche Erläuterungen zur Einzelkostenzurechnung enthält Kapitel 6.1.1.
Gemeinkostenkalkulation

Die Punkte eines in den Krankenhäusern üblichen Leistungskatalogs (z.B. GOÄ, DKG-NT, Hauskatalog) sind die maßgebliche Bezugsgröße für die patientenbezogene Verrechnung der Kosten des Leistungsbereichs Laboratorien. Andere Bezugsgrößen wie „Fallzahl“ sind für die Verteilung der Kosten nicht zulässig.

Verrechnung der Personalkosten ärztlicher Dienst (Modul 10.1), Personalkosten des medizinisch-technischen Dienstes und Funktionsdienstes (Modul 10.3), Sachkosten Arzneimittel (Modul 10.4a), Sachkosten übriger medizinischer Bedarf (Modul 10.6a), Kosten der medizinischen Infrastruktur (Modul 10.7) und Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur (Modul 10.8)

Die genannten Kostenarten werden anhand der Punkte laut Leistungskatalog den einzelnen Patienten zugeordnet. Die für die Kostenträgerrechnung benötigten Leistungs- und Kostendaten zeigt die folgende Tabelle am Beispiel der Personalkosten ärztlicher Dienst und der Sachkosten übriger medizinischer Bedarf:

### Tabelle 25: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße

<table>
<thead>
<tr>
<th>Laboratorien</th>
<th>Gemeinkostenkalkulation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Personalkosten ärztlicher Dienst</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsdaten (der Kostenstelle)</td>
<td>Punkte lt. Leistungskatalog</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostendaten (der Kostenstelle)</td>
<td>Gesamtkosten ärztlicher Dienst</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalkulationssatz</td>
<td>= Gesamtkosten/ Leistungspunkte</td>
</tr>
<tr>
<td>Erläuterungen</td>
<td>Leistungskatalog: z.B. GOÄ, DKG-NT, Hauskatalog</td>
</tr>
<tr>
<td>Besonderheiten</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Als Leistungsdaten werden die Leistungspunkte des Patienten benötigt. Die erforderlichen Daten zur Berechnung der Behandlungskosten zeigt Tabelle 26:

**Tabelle 26: Benötigte Daten zur kostenträgerbezogenen Rechnung der Behandlungskosten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Laboratorien</th>
<th>Gemeinkostenkalkulation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Personalkosten ärztlicher Dienst</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsdaten (des Patienten)</td>
<td>Punkte lt. Leistungskatalog (datumsbezogen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostendaten (der Kostenstelle)</td>
<td>Kalkulationssatz ärztlicher Dienst</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**Personalkosten Pflegedienst (Modul 10.2)**

Die Kosten des Pflegedienstes ist für den Leistungsbereich Laboratorien nicht relevant.

**Prüfung der Datengrundlage**

Im Hinblick auf ein inhaltlich und formal plausibles Kalkulationsergebnis sollten im Leistungsbereich Laboratorien die nachfolgend aufgeführten Prüfungen und Abgleiche der Kalkulationsdaten vorgenommen werden:

- **Leistungsdaten (der Kostenstelle)**
  - Für jeden Fall, für den eine Leistung erbracht wurde, sind datumsbezogene Punkte lt. Leistungskatalog dokumentiert.
  - Sofern hoch spezialisierte Leistungen erbracht werden, die in Standard-Leistungskatalogen nicht oder nicht ausreichend differenziert abgebildet werden, wurde eine hausindividuelle Anpassung bzw. Erweiterung vorgenommen.
  - Die dokumentierten Punktmengen liegen in einem für die Art der Leistung plausiblen Werte-Korridor (Vorsicht bei fehlerfassten Maximalwerten der Punkte!).
  - Sofern die erbrachten Leistungen durch einen OPS-Kode beschrieben werden, ist dieser unter dem gleichen Datum wie die erfassten Leistungspunkte für den Fall dokumentiert.
Die gemäß Transfusionsgesetz patientenbezogen dokumentierte Menge verabreichter Blutprodukte stimmt mit den für den einzelnen Patienten dokumentierten OPS-Kodes für Blutgabe überein.

**Kostendaten (der Kostenstelle)**

- Kosten für hier betrachtete extern bezogene Leistungen sind der Kostenstellengruppe Laboratorien zugeordnet.
- Unter Modul 10.4b werden unabhängig vom Ort des Verbrauchs sämtliche Kosten für Blutprodukte eines Patienten ausgewiesen.
- Die einem Patienten zugerechneten Kosten für Blutprodukte sind in ihrer Höhe durch den Einkaufspreis je Transfusionseinheit und die durch OPS-Kode für den Fall angegebene Menge begründet.

### 6.5 Verdichtung der Kostendaten zu Kostenmodulen


**Hinweis:**

Bei der Datenlieferung ist zu beachten, dass in jedem tagesbezogenen Kalkulationsdatensatz zu jedem Kostenmodul nur genau ein Kostenwert enthalten sein darf. Ofg. sind die Kalkulationsdaten vor der Datenübermittlung entsprechend tagesbezogen zu verdichten.

**Arbeitsschritt:**

- Fassen Sie die Kostenstellen im Kalkulationsdatensatz zu Kostenstellengruppen zusammen.
Tabelle 27: Definierte Kostenmodule für den Kalkulationsdatensatz

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KoStGrp 22: Station - Intensivbehandlung</td>
<td>22.1</td>
<td>22.2</td>
<td>22.3a</td>
<td>22.3b</td>
<td>22.3c</td>
<td>22.3d</td>
<td>2.4a</td>
<td>2.4b</td>
<td>22.6a</td>
<td>22.6b</td>
<td>22.7</td>
<td>22.8</td>
</tr>
<tr>
<td>KoStGrp 23: Psychotherapie</td>
<td>23.1</td>
<td>23.2</td>
<td>23.3a</td>
<td>23.3b</td>
<td>23.3c</td>
<td>23.3d</td>
<td>23.4a</td>
<td>23.4b</td>
<td>23.6a</td>
<td>23.6b</td>
<td>23.7</td>
<td>23.8</td>
</tr>
<tr>
<td>KoStGrp 24: Physikalische Therapie</td>
<td>24.1</td>
<td>24.2</td>
<td>24.3a</td>
<td>24.3b</td>
<td>24.3c</td>
<td>24.3d</td>
<td>24.4a</td>
<td>24.4b</td>
<td>24.6a</td>
<td>24.6b</td>
<td>24.7</td>
<td>24.8</td>
</tr>
<tr>
<td>KoStGrp 25: Ergotherapie</td>
<td>25.1</td>
<td>25.2</td>
<td>25.3a</td>
<td>25.3b</td>
<td>25.3c</td>
<td>25.3d</td>
<td>25.4a</td>
<td>25.4b</td>
<td>25.6a</td>
<td>25.6b</td>
<td>25.7</td>
<td>25.8</td>
</tr>
<tr>
<td>KoStGrp 7: Kardiolog. Diagnostik/Therapie</td>
<td>7.1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>7.4a</td>
<td>7.4b</td>
<td>7.6a</td>
<td>7.6b</td>
<td>7.7</td>
<td>7.8</td>
</tr>
<tr>
<td>KoStGrp 8: Endoskop. Diagnostik/Therapie</td>
<td>8.1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>8.4a</td>
<td>8.4b</td>
<td>8.6a</td>
<td>8.6b</td>
<td>8.7</td>
<td>8.8</td>
</tr>
<tr>
<td>KoStGrp 9: Radiologie</td>
<td>9.1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>9.4a</td>
<td>9.4b</td>
<td>9.6a</td>
<td>9.6b</td>
<td>9.7</td>
<td>9.8</td>
</tr>
<tr>
<td>KoStGrp 10: Laboratorien</td>
<td>10.1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>10.4a</td>
<td>10.4b</td>
<td>10.6a</td>
<td>10.6b</td>
<td>10.7</td>
<td>10.8</td>
</tr>
<tr>
<td>KoStGrp 11: Übr. Diagnost. u. therap. Bereiche</td>
<td>11.1</td>
<td>11.2</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>11.4a</td>
<td>11.4b</td>
<td>11.6a</td>
<td>11.6b</td>
<td>11.7</td>
<td>11.8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hinweis: Die mit einem Strich (-) gekennzeichneten Kostenmodule sind für die Datenlieferung nicht relevant.
6.6 Checkliste zum 6. Kapitel


**Tabelle 28: Checkliste Kapitel 6**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbeitsschritte</th>
<th>Kapitel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Ermittlung der Kosten, die als Einzelkosten zugeordnet werden gem.</td>
<td>6.1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>verbindlicher Aufstellung der Artikelgruppen in Anlage 10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Zuordnung der direkten Kostenstellen zu Kostenstellengruppen</td>
<td>6.2.1</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Bildung leistungshomogener Kostenstellen</td>
<td>6.2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Sicherstellung von Fall- und Tagesbezug der Leistungsdaten</td>
<td>6.4.1</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Auswahl geeigneter Bezugsgrößen für die patientenbezogene Kostenzuordnung</td>
<td>6.4.2</td>
</tr>
<tr>
<td>für jede direkte Kostenstelle vor dem Hintergrund der Anforderungen und</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Prioritäten der Anlage 5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Bildung von Kalkulationssätzen für die direkten Kostenstellen</td>
<td>6.4.2</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Verteilung der Gemeinkosten der direkten Kostenstellen auf die leistung-</td>
<td>6.4.2</td>
</tr>
<tr>
<td>empfangenden Fälle unter Verwendung der Kalkulationssätze</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. Zuordnung der Einzelkosten entsprechend der Verbrauchsdokumentation auf</td>
<td>6.4.2</td>
</tr>
<tr>
<td>die entsprechenden Kostenmodule der Behandlungsfälle</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. Verdichtung der Kostendaten zu Kostenmodulen</td>
<td>6.5</td>
</tr>
</tbody>
</table>
7. DATENÜBERMITTLUNG

Im Zusammenhang mit der Behandlungskostenkalkulation übermitteln die an der Erhebung teilnehmenden Krankenhäuser sowohl fallbezogene als auch krankenhausbezogene Datensätze (vgl. die Übersicht in Abb. 8).

Abbildung 8: Im Zusammenhang mit der Behandlungskostenkalkulation zu übermittelnde Daten

Krankenhausbezogene Datensätze

Die krankenhausbezogenen Angaben beziehen sich im Wesentlichen auf die Datengrundlage und Informationen zur Vorgehensweise bei der Kalkulation. Sie sind vor der Übermittlung fallbezogener Datensätze bereitzustellen. Einzelheiten zur Datenübermittlung werden den Kalkulationskrankenhäusern durch das InEK mitgeteilt.

- Teilnahmeerklärung

Mit der „Teilnahmeerklärung“ bekundet das Krankenhaus seine Absicht, Behandlungskosten für das betreffende Datenjahr zu kalkulieren und zur Verwendung durch das InEK zur Verfügung zu stellen. Ergänzend werden Angaben zur Anwendung von KVMs und zur Kalkulation von Jahresüberliegerfällen mitgeteilt.
Kapitel 8: Datenübermittlung

KVM-Infoblatt

Falls bei der Einzelkostenzurechnung klinische Verteilungsmodelle Anwendung finden, sind diese hinsichtlich der verwendeten Merkmale für die Kostenzurechnung zu beschreiben und dem InEK zur Genehmigung einzureichen.

Informationen zur Kalkulationsgrundlage

Das InEK führt Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen zu den übermittelten Falldatensätzen durch. Dazu werden die Kalkulationskrankenhäuser um die Bereitstellung von Informationen zu der für die Kalkulation verwendeten Datengrundlage gebeten.

Fallbezogene Datensätze

Nach Abschluss der Behandlungskostenkalkulation übermitteln die Kalkulationskrankenhäuser für jeden in die Kalkulation einbezogenen Behandlungsfall medizinische Daten und Kostendaten.

Zusätzlich übermitteln die Kalkulationskrankenhäuser in der „ergänzenden Datenbereitstellung“ fallbezogene Informationen in der vom InEK vorgegebenen Struktur.

Kalkulationsdatensatz gemäß § 21 KHEntgG


Ergänzende Datenbereitstellung

Mit der Teilnahme an der Erhebung von Kalkulationsdaten verpflichten sich die Kalkulationskrankenhäuser zur Bereitstellung ergänzender fallbezogener Daten. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um differenzierte Angaben zu erbrachten Behandlungsleistungen und deren Kosten aus den Bereichen Medikamente, Blutprodukte und spezialisierte Behandlungsverfahren.


Arbeitsschritte:


- Übermitteln Sie die Daten innerhalb der dafür vorgegebenen Frist.

Prüfung der zu übermittelnden Daten

- Die Genehmigung der verwendeten Klinischen Verteilungsmodelle durch das InEK liegt vor.

- Die Angaben zur Kalkulationsgrundlage stimmen mit den (summarischen) Werten der fallbezogenen Datensätze überein.

- Jeder übermittelte Falldatensatz enthält die Informationen des Datensatzes nach § 21 KHEntgG und fallbezogene Kostendaten.

- Die Angaben zum Institutionskennzeichen (IK-Nummer) des Krankenhauses und die aufenthaltsbezogenen Fallnummern sind in den zu übermittelnden Dateien identisch.

- Die fallbezogenen Informationen der ergänzenden Datenbereitstellung sind konform zu den fallbezogenen Angaben der um die Kostenwerte ergänzten Daten gemäß § 21 KHEntgG (beispielsweise Kostenangaben je Modul, dokumentierte OPS-Kodes).
<table>
<thead>
<tr>
<th>Anlage</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>1.2</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1</td>
</tr>
<tr>
<td>4.2</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Anlage 1.1 PSY: Übersicht über die Kalkulationsschritte zur Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten

Testierter Jahresabschluss: Abgleich mit Summen- und Saldenliste der Finanzbuchhaltung
Abgleich der Kostenarten- mit der Kostenstellenrechnung

Kalkulations- und nicht kalkulationsrelevante Aufwandsarten

Kalkulationsrelevante Aufwandsarten

Nicht kalkulationsrelevanter Aufwand z.B. Investitionen

Direkte Kostenstellen z.B. Station
PK-Verrechnung z.B. Ärztl. Dienst
Indirekte Kostenstellen z.B. Verwaltung
Abzugrenzende Kostenstellen

Zusammenfassung der Kostenarten je KSt

Entlastung gemischter Kostenstellen

Ausgleichskonto
Abgrenzungskostenstelle

Gemeinkosten der direkten Kostenstellen
Einzelkosten z.B. Medikamente

Bildung von Kalkulationssätzen

*: Kostenträger ist der Behandlungsfall in Kombination mit dem Behandlungstag
### Anlage 1.2 PSY: Checkliste – Zentrale Arbeitsschritte zur Ermittlung der Kosten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbeitsschritte</th>
<th>Kapitel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Prüfung der Vollständigkeit und Plausibilität der medizinischen Fall-</td>
<td>4.1.1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>dokumentation (ICD-, OPS-Kodes)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Prüfung der in den direkten Kostenstellen vorliegenden Verbrauchsdaten</td>
<td>4.1.1.3</td>
</tr>
<tr>
<td>im Hinblick auf Fall- und Tagesbezug, Vollständigkeit und Differenziertheit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>unter Beachtung der Vorgaben für die Einzel- und Gemeinkostenzurechnung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Prüfung, ob die in der letzten Summen- und Saldenliste ausgewiesenen</td>
<td>4.1.2.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Aufwendungen mit den in der Gewinn- und Verlustrechnung des Jahresabschlusses</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ausgewiesenen Aufwendungen übereinstimmen (ggf. Korrekturbuchungen auf das</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgleichskonto)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Prüfung, ob die in der Kostenstellenrechnung ausgewiesene Summe der</td>
<td>4.1.2.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Aufwendungen zuzüglich der Summe der Einzelkosten mit der Summe der Aufwendungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>in der Finanzbuchhaltung übereinstimmt (ggf. Korrekturbuchungen auf die</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Abgrenzungskostenstelle)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Prüfung der in der Finanzbuchhaltung vorliegenden Kontengliederung</td>
<td>4.1.2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>(ggf. Einrichtung zusätzlicher Unterkonten)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Prüfung der vorhandenen Kostenstellengliederung (ggf. Einrichtung</td>
<td>4.1.2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>zusätzlicher Kostenstellen)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Prüfung der für indirekte Kostenstellen vorhandenen Verrechnungsschlüssel</td>
<td>4.1.3</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Ermittlung und Kennzeichnung der in die Personalkostenverrechnung</td>
<td>4.2</td>
</tr>
<tr>
<td>einzubeziehenden direkten Kostenstellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. Ermittlung der Arbeitszeitanteile, die Mitarbeiter direkter Kostenstellen</td>
<td>4.2</td>
</tr>
<tr>
<td>für andere Kostenstellen tätig sind, als Grundlage einer Personalkosten-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>verrechnung auf die leistungsempfängenden Kostenstellen über</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• mitarbeiterbezogene Zeiterfassung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• andere geeignete Statistiken oder Schätzungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10. Durchführung der Personalkostenverrechnung: Entlastung der leistung-</td>
<td>4.2</td>
</tr>
<tr>
<td>erbringenden Kostenstellen anhand des ermittelten Verteilungsschlüssels</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>von den direkten Personalkosten und entsprechende Belastung der</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>leistungsempfängenden Kostenstellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitsschritte</td>
<td>Kapitel</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------</td>
</tr>
<tr>
<td>11. Prüfung der Kalkulationsrelevanz der erbrachten Leistungen in jeder Kostenstelle, Bereinigung der Leistungsstatistik um nicht kalkulationsrelevante Kostenanteile unter Beachtung der Anforderungen an die Kostensatz- bzw. Verrechnungssatzbildung</td>
<td>4.3</td>
</tr>
<tr>
<td>12. Ausgliederung der periodenfremden und außerordentlichen Aufwendungen (Buchung auf das Ausgleichskonto in der Kostenartenrechnung bzw. Belastung der Abgrenzungskostenstelle in der Kostenstellenrechnung)</td>
<td>4.4.1.2</td>
</tr>
<tr>
<td>13. Ausgliederung der Aufwendungen aus der Zuführung zu Rückstellungen für andere Sachverhalte als Urlaub und Mehrarbeit (Buchung auf das Ausgleichskonto in der Kostenartenrechnung bzw. Belastung der Abgrenzungskostenstelle in der Kostenstellenrechnung)</td>
<td>4.4.1.3</td>
</tr>
<tr>
<td>14. Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen gemäß der Übersicht der Abgrenzungstatbestände in Anlage 2 (Buchung auf das Ausgleichskonto in der Kostenartenrechnung bzw. Belastung der Abgrenzungskostenstelle in der Kostenstellenrechnung)</td>
<td>4.4.1.4</td>
</tr>
<tr>
<td>15. Kategorisierung aller Kostenstellen in</td>
<td>4.4.2.1</td>
</tr>
<tr>
<td>• direkte Kostenstellen</td>
<td>4.4.2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>• indirekte Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur</td>
<td>4.4.2.3</td>
</tr>
<tr>
<td>• indirekte Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• abzugrenzende Kostenstellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• gemischte Kostenstellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16. Ermittlung des jeweiligen Anteils der nicht kalkulationsrelevanten Leistungen der einzelnen gemischten Kostenstellen anhand von entsprechenden Leistungsstatistiken (als Prozentsatz der gesamten Leistungen), Entlastung der einer Kostenstelle zugeordneten Kosten anhand dieses ermittelten Prozentsatzes auf die Abgrenzungskostenstelle (dabei sind i.d.R. alle Kostenarten gleichmäßig zu entlasten)</td>
<td>4.4.3</td>
</tr>
<tr>
<td>17. Ausgliederung des nicht kalkulationsrelevanten Kostenanteils der Kostenstelle „Ausbildungsstätte“, Aufbereitung dieser Daten für die separate Übermittlung</td>
<td>4.4.4</td>
</tr>
<tr>
<td>18. Entlastung der Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ von kalkulationsrelevanten Ausbildungsvergütungen und Zuordnung auf die Pflegefachbereiche, in denen die Auszubildenden eingesetzt sind (ist dies nicht möglich, erfolgt eine gleichmäßige Belastung der Pflegefachbereiche mit den kalkulationsrelevanten Ausbildungsvergütungen)</td>
<td>4.4.4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Zentrale Arbeitsschritte der Kostenstellenverrechnung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbeitsschritte</th>
<th>Kapitel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>19. Einrichtung der 8 Kostenartengruppen in jeder direkten Kostenstelle</td>
<td>5.1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>20. Sicherstellung, dass die Kosten der indirekten Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur im Zuge der Kostenstellenverrechnung jeweils der Kostenartengruppe 7 der direkten Kostenstellen zugeordnet werden</td>
<td>5.1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>21. Sicherstellung, dass die Kosten der indirekten Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur im Zuge der Kostenstellenverrechnung jeweils der Kostenartengruppe 8 der direkten Kostenstellen zugeordnet werden</td>
<td>5.1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>22. Prüfung der Sammelkostenstellen auf dort gebuchte Kosten, die den Kostenartengruppen 1 bis 6 der direkten Kostenstellen zuzuordnen sind</td>
<td>5.1.2</td>
</tr>
<tr>
<td>23. Entlastung der Sammelkostenstellen</td>
<td>5.1.2</td>
</tr>
<tr>
<td>24. Prüfung der Einrichtung von Verdichtungskostenstellen vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung und ggf. Umlage der Kosten der zu verdichtenden Kostenstellen auf die jeweilige Verdichtungskostenstelle</td>
<td>5.1.3</td>
</tr>
<tr>
<td>25. Erzeugung einer Summen- und Saldenliste für die Kostenstellen vor Durchführung der IBLV</td>
<td>5.2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>26. Zuordnung von Verrechnungsschlüsseln für jede indirekte Kostenstelle der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur</td>
<td>5.2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>27. Durchführung der IBLV auf der Grundlage des gewählten Verfahrens (Gleichungs-, Stufenleiter- oder Anbauverfahren): Verteilung der Kosten der indirekten Kostenstellen der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur auf der Grundlage der gebildeten Verrechnungsschlüssel auf die direkten Kostenstellen</td>
<td>5.2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>28. Einrichtung der 8 Kostenartengruppen in jeder direkten Kostenstelle</td>
<td>5.1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>29. Sicherstellung, dass die Kosten der indirekten Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur im Zuge der Kostenstellenverrechnung jeweils der Kostenartengruppe 7 der direkten Kostenstellen zugeordnet werden</td>
<td>5.1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>30. Sicherstellung, dass die Kosten der indirekten Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur im Zuge der Kostenstellenverrechnung jeweils der Kostenartengruppe 8 der direkten Kostenstellen zugeordnet werden</td>
<td>5.1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitsschritte</td>
<td>Kapitel</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------</td>
</tr>
<tr>
<td>31. Abgrenzung des nicht kalkulationsrelevanten Anteils der verrechneten</td>
<td>5.2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten der indirekten Kostenstellen auf die gemischten direkten Kosten-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>stellen und Buchung des Abgrenzungsbetrags auf die Abgrenzungskostenstelle</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>32. Erzeugung einer Summen- und Saldenliste nach Durchführung der IBLV</td>
<td>5.2.2</td>
</tr>
<tr>
<td>33. Entlastung der abzugrenzenden Kostenstellen gegen die Abgrenzungskosten-</td>
<td>5.3</td>
</tr>
<tr>
<td>stellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>34. Erstellung einer Summen- und Saldenliste für die abzugrenzenden</td>
<td>5.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenstellen jeweils vor und nach ihrer Entlastung auf die Abgrenzungskostenstelle</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>35. Verdichtung der Kostenarten je direkter Kostenstelle zu Kostenarten-</td>
<td>5.4</td>
</tr>
<tr>
<td>gruppen entsprechend den Vorgaben der Anlage 4.1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>36. Löschung der bis dahin verwendeten Kostenarten im EDV-System</td>
<td>5.4</td>
</tr>
<tr>
<td>zur Erhöhung der Übersichtlichkeit</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Zentrale Arbeitsschritte der Kostenträgerrechnung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbeitsschritte</th>
<th>Kapitel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>37. Zuordnung der direkten Kostenstellen zu Kostenstelengruppen</td>
<td>6.3.1</td>
</tr>
<tr>
<td>38. Ermittlung der Kosten, die als Einzelkosten zugeordnet werden gem.</td>
<td>6.1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>verbindlicher Aufstellung der Artikelgruppen in Anlage 10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>39. Prüfung der in den direkten Kostenstellen vorliegenden Leistungsdaten</td>
<td>6.5.2</td>
</tr>
<tr>
<td>40. Auswahl geeigneter Bezugsgrößen für die patientenbezogene Kosten-</td>
<td>6.5.2</td>
</tr>
<tr>
<td>zuordnung für jede direkte Kostenstelle vor dem Hintergrund der Anforderungen und Prioritäten der Anlage 5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>41. Bildung von Kalkulationssätzen für die direkten Kostenstellen</td>
<td>6.5.2</td>
</tr>
<tr>
<td>42. Verteilung der Gemeinkosten der direkten Kostenstellen auf die leis-</td>
<td>6.5.2</td>
</tr>
<tr>
<td>tungsempfangenden Fälle unter Verwendung der Kalkulationssätze</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>43. Zuordnung der Einzelkosten entsprechend der Verbrauchsdocumentation</td>
<td>6.5.2</td>
</tr>
<tr>
<td>auf die entsprechenden Kostenmodule der Behandlungsfälle</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>44. Verdichtung der Kostendaten zu Kostenmodulen</td>
<td>6.6</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Anlage 2 PSY: Übersicht der Abgrenzungstatbestände

Für die in dieser Übersicht enthaltenen Sachverhalte sind durch das Krankenhaus die damit verbundenen Kosten zu ermitteln. Diese Kosten sind nicht kalkulationsrelevant.

Abgrenzungen auf Kostenartenebene

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kostenart</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Periodenfremde und außerordentliche Aufwendungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Aufwendungen aus Zuführungen zu Rückstellungen für andere Sachverhalte als</td>
</tr>
<tr>
<td>Urlaub und Mehrarbeit</td>
</tr>
<tr>
<td>Aufwendungen für zentrale Dienstleistungen, soweit sie nicht in Zusammenhang mit</td>
</tr>
<tr>
<td>allgemeinen Krankenhausleistungen stehen</td>
</tr>
<tr>
<td>Steuern, Abgaben, Versicherungen für Betriebsteile des Krankenhauses, welche</td>
</tr>
<tr>
<td>keine allgemeinen Krankenhausleistungen erbringen, sowie Ertragssteuern</td>
</tr>
<tr>
<td>Zinsaufwendungen, soweit nicht für Betriebsmittelkredite</td>
</tr>
<tr>
<td>Investitionskosten (Ausnahme: Abschreibungen für Gebrauchsgüter)</td>
</tr>
<tr>
<td>Einzel- und Pauschalwertberichtigungen, Abschreibungen auf Forderungen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abgrenzungen auf Kostenstellenebene

Sachverhalte, die sich aus wirtschaftlichen Aktivitäten der Krankenhäuser außerhalb der stationären Krankenversorgung ergeben:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Krankenhausleistung</th>
<th>Übermittlung Kostendaten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kosten der Ausbildungsstätten und Kosten bzw. Mehrkosten durch Ausbildungsvergütungen</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten der Leistungen an Dritte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten der Personalgestellung an Dritte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten der Personalverpflegung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten der Nebenbetriebe</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten aus Vermietung und Verpachtung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten der ergänzenden Leistungsbereiche (z.B. betreutes Wohnen, rehabilitative Leistungen, Integrationsmaßnahmen etc.)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten der akademischen Lehrkrankenhäuser</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten der wissenschaftlichen Forschung und Lehre</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Sachverhalte, die sich aus dem in Krankenhäusern anzuwendenden Leistungsrecht ergeben:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Krankenhausleistung</th>
<th>Übermittlung Kostendaten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rein vorstationäre Leistungen nach § 115a SGB V</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Wahlleistungen</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Begleitpersonen mit medizinisch begründeter Aufnahme</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Gabe von Faktorpräparaten für Bluterpatienten</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen für Ausbildungsstätten</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Vor- und nachstationäre Leistungen</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen für Fälle in besonderen Einrichtungen gem. § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen und besondere Aufgaben gem. § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG, die nicht in das pauschalierende Vergütungssystem einbezogen werden</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen, die in Einrichtungen gemäß § 17b Abs. 1 KHG erbracht werden</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Leistungen (auch Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanen nach § 118 SGB V)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen für Rehabilitationseinrichtungen gem. § 111 SGB V</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Begleitpersonen, Aufnahme nicht medizinisch begründet</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen für ausländische Patienten. Alle drei nachfolgenden Kriterien müssen zutreffen:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Der Wohnort des Patienten liegt außerhalb Deutschlands.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Der Patient ist nicht deutscher Staatsbürger.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Der Patient ist kein Notfallpatient.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Anlage 3 PSY: Kostenstellen der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur

Für die Kostenstellenverrechnung werden die indirekten Kostenstellen in Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur und Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur unterschieden.

Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur

Die verrechneten Kosten der folgenden Kostenstellen werden der Kostenartengruppe 7 (verrechnete Kosten der medizinischen Infrastruktur) zugeordnet (die Kostenstellenbezeichnungen sind beispielhaft zu verstehen):

- Gemeinsame Kostenstelle der Fachabteilung (Regel- oder Intensivbehandlung)
- Bettenzentrale
- Desinfektion
- Krankenhaushygiene
- Krankentransporte
- Apotheke
- Apothekenlager
- Medizinisches (Zentral-)Lager
- Medizintechnik
- Qualitätssicherung/-management (medizinisch-pflegerisch)
- Pflegedienstleitung
- Ärztliche Direktion
- Archiv Patientenakten
- Medizinische Bibliothek
- Medizinischer Schreibdienst
- Medizinisches Controlling
- Krankenhausseelsorge
Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur

Die verrechneten Kosten der folgenden Kostenstellen werden der Kostenartengruppe 8 (Personal- und Sachkosten der nicht medizinischen Infrastruktur) zugeordnet (die Kostenstellenbezeichnungen sind beispielhaft zu verstehen):

Gebäude, Grundstücke, Außenanlagen
Verwaltungsleitung Krankenhausdirektion (inkl. ärztl. Direktion, hauptamtlich)
Verwaltung
Controlling (außer Medizinisches Controlling)
Werkstätten (nicht therapeutisch)
Personaleinrichtungen
Aus-, Fort- und Weiterbildung
Speisenversorgung, Küche
Wäscheversorgung
Zentrale Reinigungsdiensste
Energie-, Wasser-, Brennstoffversorgung
Innerbetriebliche Transporte (außer Krankentransporte)
EDV / IT-Support
Anlage 4.1 PSY: Zuordnung von Kostenarten zu Kostenartengruppen

Die Übersicht zeigt die Konten (Kostenarten) der Kontenklassen 6 und 7 gemäß Anlage 4 zur KHBV und deren Zuordnung zu den Kostenartengruppen des Kalkulationsschemas. Die Zuordnung gilt für alle primär gebuchten Kostenarten auf direkten Kostenstellen.

Die auf indirekten Kostenstellen gebuchten Kosten werden im Zuge der Kostenstellenverrechnung auf die direkten Kostenstellen verrechnet und dort den Kostenartengruppen 7 bzw. 8 zugeordnet.

Zur Differenzierung der Kostenartengruppen 3a/b/c wird die Einrichtung ergänzender Konten empfohlen (vgl. Die Erläuterungen in Kap. 5.1.1).

Nicht aufgeführt sind Kostenarten, die nicht kalkulationsrelevant sind.

Folgende Kostenartengruppen sind definiert:

1. Personalkosten ärztlicher Dienst
2. Personalkosten Pflegedienst
3a. Personalkosten Psychologen
3b. Personalkosten Sozialarbeiter, Sozial-/Heilpädagogen
3c. Spezialtherapeuten
3. Personalkosten des medizinisch-technischen Dienstes und des Funktionsdienstes
4a. Sachkosten für Arzneimittel
4b. Sachkosten für Arzneimittel (Einzelkosten/Ist-Verbrauch)
6a. Sachkosten des medizinischen Bedarfs (ohne Arzneimittel, Implantate, Transplantate)
6b. Sachkosten des medizinischen Bedarfs (Einzelkosten/Ist-Verbrauch; ohne Arzneimittel, Implantate und Transplantate)
7. Personal- und Sachkosten der medizinischen Infrastruktur
8. Personal- und Sachkosten der nicht medizinischen Infrastruktur

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konto- gruppe</th>
<th>Bezeichnung</th>
<th>Konto</th>
<th>Kostenartengruppe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>60 Löhne und Gehälter</td>
<td>Ärztlicher Dienst</td>
<td>6000</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Pflegedienst</td>
<td>6001</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medizinisch-technischer Dienst</td>
<td>6002</td>
<td>3a/b/c / 3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Funktionsdienst</td>
<td>6003</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Klinisches Hauspersonal</td>
<td>6004</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wirtschafts- und Versorgungsdienst</td>
<td>6005</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Technischer Dienst</td>
<td>6006</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Verwaltungsdienst</td>
<td>6007</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonderdienst</td>
<td>6008</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>frei</td>
<td>6009</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonstiges Personal</td>
<td>6011</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nicht zurechenbare Personalkosten</td>
<td>6012</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>61 Gesetzliche Sozialabgaben</td>
<td>Ärztlicher Dienst</td>
<td>6100</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Pflegedienst</td>
<td>6101</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medizinisch-technischer Dienst</td>
<td>6102</td>
<td>3a/b/c / 3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Funktionsdienst</td>
<td>6103</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Konto-</td>
<td>Bezeichnung</td>
<td>Konto</td>
<td>Kostenarten-</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>gruppe</td>
<td></td>
<td></td>
<td>gruppe</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Klinisches Hauspersonal</td>
<td>6104</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wirtschafts- und Versorgungsdienst</td>
<td>6105</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Technischer Dienst</td>
<td>6106</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Verwaltungsdienst</td>
<td>6107</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonderdienst</td>
<td>6108</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>frei</td>
<td>6109</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonstiges Personal</td>
<td>6111</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nicht zurechenbare Personalkosten</td>
<td>6112</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**62 Aufwendungen für Altersversorgung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konto-</th>
<th>Bezeichnung</th>
<th>Konto</th>
<th>Kostenarten-</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>gruppe</td>
<td></td>
<td></td>
<td>gruppe</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ärztlicher Dienst</td>
<td>6200</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Pflegedienst</td>
<td>6201</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medizinisch-technischer Dienst</td>
<td>6202</td>
<td>3a/b/c / 3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Funktionsdienst</td>
<td>6203</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Klinisches Hauspersonal</td>
<td>6204</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wirtschafts- und Versorgungsdienst</td>
<td>6205</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Technischer Dienst</td>
<td>6206</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Verwaltungsdienst</td>
<td>6207</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonderdienst</td>
<td>6208</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>frei</td>
<td>6209</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonstiges Personal</td>
<td>6211</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nicht zurechenbare Personalkosten</td>
<td>6212</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**63 Aufwendungen für Beihilfen und Unterstützungen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konto-</th>
<th>Bezeichnung</th>
<th>Konto</th>
<th>Kostenarten-</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>gruppe</td>
<td></td>
<td></td>
<td>gruppe</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ärztlicher Dienst</td>
<td>6300</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Pflegedienst</td>
<td>6301</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medizinisch-technischer Dienst</td>
<td>6302</td>
<td>3a/b/c / 3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Funktionsdienst</td>
<td>6303</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Klinisches Hauspersonal</td>
<td>6304</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wirtschafts- und Versorgungsdienst</td>
<td>6305</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Technischer Dienst</td>
<td>6306</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Verwaltungsdienst</td>
<td>6307</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonderdienst</td>
<td>6308</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>frei</td>
<td>6309</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonstiges Personal</td>
<td>6311</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nicht zurechenbare Personalkosten</td>
<td>6312</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**64 Sonstige Personalaufwendungen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konto-</th>
<th>Bezeichnung</th>
<th>Konto</th>
<th>Kostenarten-</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>gruppe</td>
<td></td>
<td></td>
<td>gruppe</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ärztlicher Dienst</td>
<td>6400</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Pflegedienst</td>
<td>6401</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medizinisch-technischer Dienst</td>
<td>6402</td>
<td>3a/b/c / 3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Funktionsdienst</td>
<td>6403</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Klinisches Hauspersonal</td>
<td>6404</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wirtschafts- und Versorgungsdienst</td>
<td>6405</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Technischer Dienst</td>
<td>6406</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Verwaltungsdienst</td>
<td>6407</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonderdienst</td>
<td>6408</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>frei</td>
<td>6409</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonstiges Personal</td>
<td>6411</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nicht zurechenbare Personalkosten</td>
<td>6412</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Konto- gruppe</td>
<td>Bezeichnung</td>
<td>Konto</td>
<td>Kostenarten- gruppe</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------</td>
<td>-------------</td>
<td>-------</td>
<td>---------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>65</td>
<td>Lebensmittel und bezogene Leistungen</td>
<td>650</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lebensmittel</td>
<td>650</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bezogene Leistungen</td>
<td>651</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>66</td>
<td>Medizinischer Bedarf</td>
<td>6600</td>
<td>4a/b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Arzneimittel (außer Implantate und Dialysebedarf)</td>
<td>6600</td>
<td>4a/b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kosten der Lieferapotheke</td>
<td>6601</td>
<td>4a/b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Blut Blutkonserven und Blutplasma</td>
<td>6602</td>
<td>4a/b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel</td>
<td>6603</td>
<td>6a/b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ärztl. und pflg. Verbrauchsmaterial, Instrumente</td>
<td>6604</td>
<td>6a/b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Narkose- und sonstiger OP-Bedarf</td>
<td>6606</td>
<td>6a/b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bedarf für Röntgen- und Nuklearmedizin</td>
<td>6607</td>
<td>6a/b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Laborbedarf</td>
<td>6608</td>
<td>6a/b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Untersuchungen in fremden Instituten</td>
<td>6609</td>
<td>6a/b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bedarf für EKG, EEG, Sonographie</td>
<td>6610</td>
<td>6a/b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bedarf der physikalischen Therapie</td>
<td>6611</td>
<td>6a/b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Apothekenbedarf, Desinfektionsmaterial</td>
<td>6612</td>
<td>6a/b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kosten für Krankentransporte</td>
<td>6616</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonstiger med. Bedarf</td>
<td>6617</td>
<td>6a/b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Honorare für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte</td>
<td>6618</td>
<td>1/6a/b</td>
</tr>
<tr>
<td>67</td>
<td>Wasser, Energie, Brennstoffe</td>
<td>670</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wasser</td>
<td>670</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Energie</td>
<td>671</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Strom</td>
<td>6710</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fernwärme</td>
<td>6711</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonstige Energie</td>
<td>6719</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Brennstoffe</td>
<td>672</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Öl</td>
<td>6720</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kohle</td>
<td>6721</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Gas</td>
<td>6722</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonstige Brennstoff</td>
<td>6729</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>68</td>
<td>Wirtschaftsbedarf</td>
<td>680</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Materialaufwendungen</td>
<td>680</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Reinigungs- und Desinfektionsmittel</td>
<td>6800</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wäschebeschaffung</td>
<td>6801</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wäschereinigung und -pflege</td>
<td>6802</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Haushaltsverbrauchsmittel</td>
<td>6803</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Geschirr</td>
<td>6804</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Treibstoffe und Schmiermittel</td>
<td>6805</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Gartenpflege</td>
<td>6806</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kultureller Sachaufwand für den betrieblichen Bereich</td>
<td>6807</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonstiger Wirtschaftsbedarf</td>
<td>6808</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bezogene Leistungen</td>
<td>681</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Unterhaltsreinigung durch fremde Betriebe</td>
<td>6810</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wäschereinigung durch fremde Betriebe</td>
<td>6811</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Kalkulation von Behandlungskosten in PSY-Einrichtungen

**Version 1.0 – 16. November 2010**

### Konto-
gruppe Bezeichnung | Konto | Kostenartengruppe
--- | --- | ---
69 **Verwaltungsbedarf** | | |
| Büromaterialien und Druckarbeiten | 690 | 8 |
| Porto, Postfach-, Bankgebühren, Kleinfrachten, Fremdlager | 691 | 8 |
| Fernsprech- und Fernschreibanlagen, Telegramme, Rundfunk und Fernsehen | 692 | 8 |
| Reisekosten, Fahrgelder, Spesen | 693 | 8 |
| Personalbeschaffungskosten | 694 | 8 |
| Beratungskosten, Prüfungs-, Gerichts- und Anwaltsgebühren | 695 | 8 |
| Beiträge an Organisationen | 696 | 8 |
| Repräsentationsaufwand | 697 | 8 |
| EDV- und Organisationsaufwand | 698 | 8 |
| Im Pflegesatz zu berücksichtigen | 6980 | 8 |
| Sonstiger Verwaltungsbedarf | 699 | 8 |

### Aufwendungen für zentrale Dienstleistungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konto</th>
<th>Kostenartengruppe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>70 Zentraler Verwaltungsdienst</td>
<td>700</td>
</tr>
<tr>
<td>Zentrale Personalverwaltung</td>
<td>7000</td>
</tr>
<tr>
<td>Zentrales Rechenzentrum</td>
<td>7001</td>
</tr>
<tr>
<td>Zentrale Leistungsabrechnung</td>
<td>7002</td>
</tr>
<tr>
<td>Zentrale Druckerei</td>
<td>7003</td>
</tr>
<tr>
<td>Zentraler Gemeinschaftsdienst</td>
<td>701</td>
</tr>
<tr>
<td>Zentrale Wäscherei</td>
<td>7010</td>
</tr>
<tr>
<td>Zentrale technische Dienste</td>
<td>7011</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige zentrale Dienstleistungen</td>
<td>709</td>
</tr>
<tr>
<td>Gemeinschaftsdienste im med. Versorgungsbereich</td>
<td>7090</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter (soweit Festwerte gebildet wurden)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konto</th>
<th>Kostenartengruppe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>71</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Instandhaltung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konto</th>
<th>Kostenartengruppe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>72 Pflegesatzfähige Instandhaltung</td>
<td>7201</td>
</tr>
<tr>
<td>Instandhaltung Medizintechnik</td>
<td>7202</td>
</tr>
<tr>
<td>Nicht aktivierungsfähige, nach dem KHG geförderte Maßnahmen Mit pauschalen Fördermitteln finanziert</td>
<td>7211</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Steuern, Abgaben, Versicherungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konto</th>
<th>Kostenartengruppe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>73 Steuern</td>
<td>730</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige Abgaben</td>
<td>731</td>
</tr>
<tr>
<td>Versicherungen</td>
<td>732</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Zinsen und ähnliche Aufwendungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konto</th>
<th>Kostenartengruppe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>74 Zinsen und ähnliche Aufwendungen</td>
<td>740</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Abschreibungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konto</th>
<th>Kostenartengruppe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>76 Abschreibungen auf wiederbeschaffte Gebrauchsgüter Med. Gebrauchsgüter</td>
<td>76100</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige Gebrauchsgüter</td>
<td>76101</td>
</tr>
<tr>
<td>Konto- gruppe</td>
<td>Bezeichnung</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------</td>
<td>--------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>78</td>
<td>Sonstige ordentliche Aufwendungen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonstiges</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mieten, Pachten, Lizenzen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frachten für betriebliche Lieferungen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sachaufwand der Fort- und Weiterbildung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mieten für Gebrauchsgüter</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Andere sonstige Aufwendungen</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Anlage 4.2 PSY: Zuordnung von Kostenartengruppen zu Kostenarten

Die Übersicht zeigt die Konten (Kostenarten) der Kontenklasse 6 und 7 gemäß Anlage 4 zur KHBV zugeordnet zu den Kostenartengruppen entsprechend der Kalkulationsmethodik. Die Zuordnung gilt für alle direkt gebuchten Kostenarten auf direkten Kostenstellen.

Die auf den indirekten Kostenstellen gebuchten Kosten werden im Zuge der Kostenstellenverrechnung auf die direkten Kostenstellen verrechnet und dort den Kostenartengruppen 7 bzw. 8 zugeordnet.

Nicht aufgeführt sind Kostenarten, die nicht kalkulationsrelevant sind.

| Kostenartengruppe | Bezeichnung | Konto | Konto- 
gruppe |
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kostenartengruppe 1: Personalkosten ärztlicher Dienst</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Lohn/Gehalt ÄD</td>
<td>6000</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Gesetzl. Sozialabgaben ÄD</td>
<td>6100</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Aufwendungen für Altersversorgung ÄD</td>
<td>6200</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Aufwendungen für Beihilfen/Unterstützungen ÄD</td>
<td>6300</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sonstige Personalaufwendungen ÄD</td>
<td>6400</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>1 / 6a/b</td>
<td>Honorare für nicht im KH angestellte Ärzte</td>
<td>6618</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenartengruppe 2: Personalkosten Pflegedienst</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Lohn/Gehalt PD</td>
<td>6001</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Gesetzl. Sozialabgaben PD</td>
<td>6101</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Aufwendungen für Altersversorgung PD</td>
<td>6201</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Aufwendungen für Beihilfen/Unterstützungen PD</td>
<td>6301</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Sonstige Personalaufwendungen PD</td>
<td>6401</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenartengruppe 3a: Personalkosten Psychologen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenartengruppe 3b: Personalkosten Sozialarbeiter, Sozial-/Heilpädagogen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenartengruppe 3c: Personalkosten Spezialtherapeuten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenartengruppe 3: Personalkosten medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3a/b/c / 3</td>
<td>Lohn/Gehalt MTD</td>
<td>6002</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>3a/b/c / 3</td>
<td>Gesetzl. Sozialabgaben MTD</td>
<td>6102</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>3a/b/c / 3</td>
<td>Aufwendungen für Altersversorgung MTD</td>
<td>6202</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>3a/b/c / 3</td>
<td>Aufwendungen für Beihilfen/Unterstützungen MTD</td>
<td>6302</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>3a/b/c / 3</td>
<td>Sonstige Personalaufwendungen MTD</td>
<td>6402</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>3a/b/c / 3</td>
<td>Lohn/Gehalt FD</td>
<td>6003</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>3a/b/c / 3</td>
<td>Gesetzl. Sozialabgaben FD</td>
<td>6103</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>3a/b/c / 3</td>
<td>Aufwendungen für Altersversorgung FD</td>
<td>6203</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>3a/b/c / 3</td>
<td>Aufwendungen für Beihilfen/Unterstützungen FD</td>
<td>6303</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>3a/b/c / 3</td>
<td>Sonstige Personalaufwendungen FD</td>
<td>6403</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenartengruppe 4a: Sachkosten Arzneimittel</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenartengruppe 4b: Sachkosten Arzneimittel Einzelkostenzuordnung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4a/b</td>
<td>Med. Bedarf Arzneimittel</td>
<td>6600</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>4a/b</td>
<td>Med. Bedarf Kosten der Lieferapotheke</td>
<td>6601</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>4a/b</td>
<td>Med. Bedarf Blut, Blutkonserven und Blutplasma</td>
<td>6602</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenarten gruppe</td>
<td>Bezeichnung</td>
<td>Konto</td>
<td>Konto- gruppe</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------</td>
<td>-------------</td>
<td>-------</td>
<td>--------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenartengruppe 6a: Sachkosten übriger medizinischer Bedarf</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenartengruppe 6b: Sachkosten übriger medizinischer Bedarf Einzelkostenzuordnung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6a/b</td>
<td>Med. Bedarf Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel</td>
<td>6603</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>6a/b</td>
<td>Med. Bedarf ärztl. und pfleg. Verbrauchsmaterial, Instrumente</td>
<td>6604</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>6a/b</td>
<td>Med. Bedarf Narkose- und sonstiger OP-Bedarf</td>
<td>6606</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>6a/b</td>
<td>Med. Bedarf für Röntgen- und Nuklearmedizin</td>
<td>6607</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>6a/b</td>
<td>Med. Bedarf Laborbedarf</td>
<td>6608</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>6a/b</td>
<td>Untersuchungen in fremden Instituten</td>
<td>6609</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>6a/b</td>
<td>Bedarf für EKG, EEG, Sonographie</td>
<td>6610</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>6a/b</td>
<td>Bedarf der physikalischen Therapie</td>
<td>6611</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>6a/b</td>
<td>Apothekenbedarf, Desinfektionsmaterial</td>
<td>6612</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>6a/b</td>
<td>Sonstiger med. Bedarf</td>
<td>6617</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>6a/b / l</td>
<td>Honorare für nicht im KH angestellte Ärzte</td>
<td>6618</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenartengruppe 7: Personal- und Sachkosten medizinische Infrastruktur</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Kosten für Krankentransporte</td>
<td>6616</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Gemeinschaftsdienste im med. Versorgungsbereich</td>
<td>7090</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Instandhaltung Medizintechnik</td>
<td>7201</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Abschreibung auf wiederbeschaffte med. Gebrauchsgeräte</td>
<td>76100</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenartengruppe 8: Personal- und Sachkosten der nicht medizinischen Infrastruktur</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Lohn/Gehalt klinisches Hauspersonal</td>
<td>6004</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Lohn/Gehalt Wirtschafts- und Versorgungsdienst</td>
<td>6005</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Lohn/Gehalt technischer Dienst</td>
<td>6006</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Lohn/Gehalt Verwaltungsdienst</td>
<td>6007</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Lohn/Gehalt Sonderdienst</td>
<td>6008</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Lohn/Gehalt sonstiges Personal</td>
<td>6011</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Lohn/Gehalt nicht zurechenbare Personalkosten</td>
<td>6012</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Gesetzl. Sozialabgaben klinisches Hauspersonal</td>
<td>6104</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Gesetzl. Sozialabgaben Wirtschafts- und Versorgungsdienst</td>
<td>6105</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Gesetzl. Sozialabgaben technischer Dienst</td>
<td>6106</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Gesetzl. Sozialabgaben Verwaltungsdienst</td>
<td>6107</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Gesetzl. Sozialabgaben Sonderdienst</td>
<td>6108</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Gesetzl. Sozialabgaben sonstiges Personal</td>
<td>6111</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Gesetzl. Sozialabgaben nicht zurechenbare Personalkosten</td>
<td>6112</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Aufwand. für Altersversorgung klinisches Hauspersonal</td>
<td>6204</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Aufwand. für Altersversorgung Wirtschafts- und Versorgungsdienst</td>
<td>6205</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Aufwand. für Altersversorgung technischer Dienst</td>
<td>6206</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Aufwand. für Altersversorgung Verwaltungsdienst</td>
<td>6207</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Aufwand. für Altersversorgung Sonderdienst</td>
<td>6208</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Aufwand. für Altersversorgung sonstiges Personal</td>
<td>6211</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Aufwand. für Altersversorgung nicht zurechenbare Personalkosten</td>
<td>6212</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenartengruppe</td>
<td>Bezeichnung</td>
<td>Konto</td>
<td>Konto- gruppe</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------</td>
<td>--------------</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Aufwend. Beihilfe/Unterstütz. klinisches Hauspersonal</td>
<td>6304</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Aufwend. Beihilfe/Unterstütz. Wirtschafts- und Versorgungsdienst</td>
<td>6305</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Aufwend. Beihilfe/Unterstütz. technischer Dienst</td>
<td>6306</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Aufwend. Beihilfe/Unterstütz. Verwaltungsdienst</td>
<td>6307</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Aufwend. Beihilfe/Unterstütz. Sonderdienst</td>
<td>6308</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Aufwend. Beihilfe/Unterstütz. sonstiges Personal</td>
<td>6311</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Aufwend. Beihilfe/Unterstütz. nicht zurechenbar Personalkosten</td>
<td>6312</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sonstige Aufwendungen klinisches Hauspersonal</td>
<td>6404</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sonstige Aufwendungen Wirtschafts- und Versorgungsdienst</td>
<td>6405</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sonstige Aufwendungen technischer Dienst</td>
<td>6406</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sonstige Aufwendungen Verwaltungsdienst</td>
<td>6407</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sonstige Aufwendungen Sonderdien</td>
<td>6408</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sonstige Aufwendungen sonstiges Personal</td>
<td>6411</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sonstige Aufwendungen nicht zurechenbare Personalkosten</td>
<td>6412</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Lebensmittel</td>
<td>650</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Bezogene Leistungen</td>
<td>651</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Wasser</td>
<td>670</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Energie</td>
<td>671</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Strom</td>
<td>6710</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Fernwärme</td>
<td>6711</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sonstige Energie</td>
<td>6719</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Brennstoffe</td>
<td>672</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Öl</td>
<td>6720</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Kohle</td>
<td>6721</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Gas</td>
<td>6722</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sonstige Brennstoffe</td>
<td>6729</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Wirtschaftsbedarf Materialaufwendungen</td>
<td>680</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Reinigungs- und Desinfektionsmittel</td>
<td>6800</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Wäschebeschaffung</td>
<td>6801</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Wäschereinigung und -pflege</td>
<td>6802</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Haushaltsselbstverbrauchsmittel</td>
<td>6803</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Geschirr</td>
<td>6804</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Treibstoffe und Schmierstoffe</td>
<td>6805</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Gartenpflege</td>
<td>6806</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Kultureller Sachaufwand für den betrieblichen Bereich</td>
<td>6807</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sonstiger Wirtschaftsbedarf</td>
<td>6808</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Wirtschaftsbedarf: Bezogene Leistungen</td>
<td>681</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Unterhaltsreinigungen durch fremde Betriebe</td>
<td>6810</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Wäschereinigung durch fremde Betriebe</td>
<td>6811</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Andere Leistungen des „Wirtschaftsbedarfs“ durch Dritte</td>
<td>6812</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Verwaltungsbedarf Büromaterialien und Druckarbeiten</td>
<td>690</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenartengruppe</td>
<td>Bezeichnung</td>
<td>Konto</td>
<td>Konto-Gruppe</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------</td>
<td>--------------</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Porto, Postfach-, Bankgebühren, Kleinfrachten, Fremdlager</td>
<td>691</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Fernsprech- und Fernschreibanlagen, Telegramme, Rundfunk und Fernsehen</td>
<td>692</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Reisekosten, Fahrgelder, Spesen</td>
<td>693</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Personalbeschäftigungskosten</td>
<td>694</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Beratungskosten, Prüfungs-, Gerichts- u. Anwaltgebühren</td>
<td>695</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Beiträge an Organisationen</td>
<td>696</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Repräsentationsaufwand</td>
<td>697</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>EDV- und Organisationsaufwand</td>
<td>698</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Im Pflegesatz zu berücksichtigen</td>
<td>6980</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sonstiger Verwaltungsbedarf</td>
<td>699</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Zentraler Verwaltungsdienst</td>
<td>700</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Zentrale Personalverwaltung</td>
<td>7000</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Zentrales Rechenzentrum</td>
<td>7001</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Zentrale Leistung abrechnung</td>
<td>7002</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Zentrale Druckerei</td>
<td>7003</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Zentraler Gemeinschaftsdienst</td>
<td>701</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Zentrale Wäscherei</td>
<td>7010</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Zentrale technische Dienste</td>
<td>7011</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sonstige zentrale Dienstleistungen</td>
<td>709</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter (soweit Festwerte gebildet wurden)</td>
<td>71</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Instandhaltung Sonstiges (außer Medizintechnik = KoAgrp 7)</td>
<td>7202</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Nicht aktivierungsfähige, nach KHG geförderte Maßnahmen, mit pauschalen Fördermitteln finanziert</td>
<td>7211</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Steuern</td>
<td>730</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sonstige Abgaben</td>
<td>731</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Versicherungen</td>
<td>732</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Zinsen und ähnliche Aufwendungen für Betriebsmittelkredite</td>
<td>740</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Abschreibungen auf sonstige Gebrauchgüter</td>
<td>76101</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sonstige ordentliche Aufwendungen: Sonstiges</td>
<td>782</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Mieten, Pachten, Lizenzen</td>
<td>7820</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Frachten für betriebliche Lieferungen</td>
<td>7822</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sachaufwand der Fort- und Weiterbildung</td>
<td>7824</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Mieten für Gebrauchsgüter</td>
<td>7825</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Andere sonstige Aufwendungen</td>
<td>7829</td>
<td>78</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Anlage 5 PSY: Übersicht über die für die Kostenträgerrechnung benötigten Kosten- und Leistungsdaten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Station - Regelbehandlung</th>
<th>5Erwachsene Pflegeabteilung</th>
<th>5Erwachsene Pflegeabteilung</th>
<th>5Erwachsene Pflegeabteilung</th>
<th>5Erwachsene Pflegeabteilung</th>
<th>5Erwachsene Pflegeabteilung</th>
<th>5Erwachsene Pflegeabteilung</th>
<th>5Erwachsene Pflegeabteilung</th>
<th>5Erwachsene Pflegeabteilung</th>
<th>5Erwachsene Pflegeabteilung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Station - Intensivbehandlung</td>
<td>5Erwachsene Pflegeabteilung</td>
<td>5Erwachsene Pflegeabteilung</td>
<td>5Erwachsene Pflegeabteilung</td>
<td>5Erwachsene Pflegeabteilung</td>
<td>5Erwachsene Pflegeabteilung</td>
<td>5Erwachsene Pflegeabteilung</td>
<td>5Erwachsene Pflegeabteilung</td>
<td>5Erwachsene Pflegeabteilung</td>
<td>5Erwachsene Pflegeabteilung</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1) Bewertung der Einzelkosten über Anschaffungspreise bzw. Durchschnittspreise
Anlage 6 PSY: Zuordnung von Kostenstellen zu Kostenstellengruppen


<p>| Kostenstel- | Bezeichnung zugehöriger Kostenstellengruppe |
| -gruppe     |                                         |
| 21/22       | Station (- Regelbehandlung, - Intensivbehandlung) |
|             | Aufnahmestation (bettenführend)                |
|             | Station Erwachsene (offen / geschlossen)        |
|             | Station Kinder und Jugendliche (offen / geschlossen) |
|             | Station Intensiv                               |
|             | Schlaflabor                                    |
|             | Tages-/Nachtklinik                             |
|             | Eltern-Kind-Haus                               |
| 23          | Psychotherapie                                 |
|             | Gesprächstherapie                              |
|             | Psychotherapie                                 |
|             | Psychoedukation                                |
|             | Psychologische Tests                           |
| 24          | Physikalische Therapie                         |
|             | Physiotherapie                                 |
|             | Krankengymnastik                               |
|             | Massage                                        |
|             | Bäderabteilung                                 |
|             | Bewegungsbad                                    |
|             | Hippotherapie                                  |
|             | Mototherapie                                   |
| 25          | Ergotherapie                                   |
|             | Beschäftigungstherapie                         |
|             | Trainingsküche/Lehrküche                       |
|             | Musiktherapie                                  |
|             | Kunsttherapie                                  |
|             | Bewegungs-/Sporttherapie                       |
|             | Arbeitstherapie                                |
|             | Therapiegarten                                 |
|             | Gärtnerei (therapeutisch)                      |
|             | Landwirtschaft/Tierhaltung (therapeutisch)     |
|             | Werkstatt (therapeutisch)                      |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Kostenstellengruppe</th>
<th>Bezeichnung zugehöriger Kostenstellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>26</td>
<td><strong>Andere Therapie</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sprachtherapie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lichttherapie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Deep Brain Stimulation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Vagusnervstimulation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Magnet-/Elektrokrampftherapie</td>
</tr>
<tr>
<td>07</td>
<td><strong>Kardiologische Diagnostik/Therapie</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Herzkatheterlabor</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Angiologische Diagnostik</td>
</tr>
<tr>
<td>08</td>
<td><strong>Endoskopische Diagnostik/Therapie</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Endoskopischer Eingriffsraum</td>
</tr>
<tr>
<td>09</td>
<td><strong>Radiologie</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konventionelle Röntgendiagnostik</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Computertomographie (CT)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Angiographie, Angioplastie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Magnet-Resonanz-Tomographie (Kernspintomographie)</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td><strong>Laboratorien</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Zentrallabor</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Labor Klinische Chemie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Labor Medizinische Immunologie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Blutdepot</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Labor Medizinische Mikrobiologie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Labor Hämatologie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Pathologie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Pathophysiologie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Histologie</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td><strong>Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Neurophysiologie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Funktionsdiagnostik</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>EEG</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>EKG</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>EMG</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lungenfunktionsdiagnostik</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonographie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Elektrophysiologie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kreislauflabor</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Inhalation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ambulanz</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Poliklinik</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Notfallambulanz</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Anlage 7 PSY: Kostenstellengliederung (gem. KHBV, erweiterte Mindestanforderung, empfohlene Gliederung)

Erläuterungen zur Kostenstellengliederung enthält Kap. 4.1.2.2

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
<th>8</th>
<th>9</th>
<th>10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>90</td>
<td>Gemeinsame Kostenstellen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>900</td>
<td>Gebäude einschließlich Grundstück und Außenanlagen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9001</td>
<td>Gebäude/Grundstück (für den Betrieb des Krankenhauses unerlässlich)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9002</td>
<td>Gebäude/Grundstück (für den Betrieb des Krankenhauses nicht unerlässlich)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9010</td>
<td>Leitung und Verwaltung des Krankenhauses</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>90101</td>
<td>Kaufmännische Leitung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>90102</td>
<td>Ärztliche Leitung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>90103</td>
<td>Pflegedienstleitung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>90104</td>
<td>Betriebswirtschaftliches Controlling</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>90105</td>
<td>Medizincontrolling</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>90106</td>
<td>Patientenverwaltung/-abrechnung (stationäre Patienten)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>90107</td>
<td>Patientenverwaltung/-abrechnung (ambulante Patienten)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>90108</td>
<td>Drittmittelverwaltung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>90109</td>
<td>Zentraler Schreibdienst (allgemein)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>90110</td>
<td>Zentraler Schreibdienst/Dokumentation (med.)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>90111</td>
<td>Finanzbuchhaltung/Kosten- und Leistungsrechnung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>90112</td>
<td>Personalverwaltung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>90113</td>
<td>Materialwirtschaft</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>90114</td>
<td>EDV/IT-Support</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>902</td>
<td>Werkstätten (ohne therapeutischen Bezug)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>904</td>
<td>Personaleinrichtungen (für den Betrieb des Krankenhauses unerlässlich)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KSt.-Nr. (KHBV)</td>
<td>KSt.-Nr. (erweiterte Mindestanforderung)</td>
<td>KSt.-Nr. (empfohlene Gliederung)</td>
<td>Kostenstellenbezeichnung</td>
<td>Kostenstellenkategorie</td>
<td>KSt.-Gruppe</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---------------</td>
<td>------------------------------------------</td>
<td>---------------------------------</td>
<td>--------------------------</td>
<td>------------------------</td>
<td>-------------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>905</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Aus-, Fort- und Weiterbildung</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>906</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Sozialdienst</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>91</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Versorgungseinrichtungen</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>910</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Speisenversorgung</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>911</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Wäschevergung</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>912</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Zentraler Reinigungsdienst</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>913</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Versorgung mit Energie, Wasser, Brennstoffen</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>914</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Innerbetriebliche Transporte</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9141</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Patiententransporte</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9142</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Andere Transporte</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>917</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Apotheke</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>92</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Medizinische Institutionen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>920</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Röntgendiagnostik und -therapie</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>9201</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Konventionelle Röntgenverfahren</td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>9202</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Computertomographie (CT)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>9203</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>9204</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Angiographie</td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>9205</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Angioplastie/andere intervent. Verfahren</td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>922</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Laboratorien</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>923</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Funktionsdiagnostik</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>9231</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Neuro-/Elektrophysiologie (EKG, EEG, EMG)</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>924</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Sonstige diagnostische Einrichtungen</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>926</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Physikalische Therapie</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>9261</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Bäder/Bewegungsbad</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>9262</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Krankengymnastik/Massage</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>9263</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Bewegungs-/Sporttherapie</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>9</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>----</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>KSt.-Nr. (KHBV)</strong></td>
<td><strong>KSt.-Nr. (erweiterte Mindestanforderung)</strong></td>
<td><strong>KSt.-Nr. (empfohlene Gliederung)</strong></td>
<td><strong>Kostenstellenbezeichnung</strong></td>
<td><strong>Direkte KSt.</strong></td>
<td><strong>Indirekte KSt.</strong></td>
<td><strong>KSt. medizinische Infrastr.</strong></td>
<td><strong>KSt. nicht medizin. Infrastr.</strong></td>
<td><strong>Abzugsgruppe KSt.</strong></td>
<td><strong>KSt.-Gruppe</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>927</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Sonstige therapeutische Einrichtungen</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>9273</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Psychotherapie/Gesprächstherapie</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>9274</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Ergotherapie: Werkstätten, Gärtnerei, Landwirtschaft</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>9275</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Ergotherapie: Beschäftigungs-, Kreativtherapie, Bürotraining</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>9276</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Lehr-, Trainingsküche</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>9279</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Andere Therapie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>92791</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Logopädie</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>92792</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Lichttherapie</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>92793</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Schmerztherapie</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>92794</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Hirnstimulation</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>92795</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Elektrokrampftherapie</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>929</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Ambulanzen</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>93 – 95</strong></td>
<td><strong>Pflegefachbereiche – Normalpflege</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>956</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Psychiatrie (Kostenstellen je Fachbereich, vgl. Kap. 4.1.2.2)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9561</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Station Regelbehandlung</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>9562</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Station Intensivbehandlung</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>9565</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Station Forensik</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9566</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Schlaflabor</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>9567</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Andere Unterbringung außerhalb § 17d KHG</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>96</strong></td>
<td><strong>Pflegefachbereiche – abweichende Pflegeintensität</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>967</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Halbstationäre (teilstationäre) Leistungen – Tageskliniken</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>968</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Halbstationäre (teilstationäre) Leistungen – Nachtkliniken</td>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------</td>
<td>----------------------------------------</td>
<td>----------------------------------</td>
<td>-------------------------</td>
<td>-------------</td>
<td>--------------</td>
<td>-----------------------------</td>
<td>-----------------------------</td>
<td>----------------</td>
<td>------------</td>
</tr>
<tr>
<td>97</td>
<td>Sonstige Leistungen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>970</td>
<td>Personaleinrichtungen (für den Betrieb des Krankenhauses nicht unerlässlich)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>971</td>
<td>Ausbildung</td>
<td>9711</td>
<td>Ausbildungsstätte (je Ausbildungsberuf gem. § 2 Nr. 1a KHG)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>9712</td>
<td>Ausbildungsstätte (je Ausbildungsberuf, nicht in § 2 Nr. 1a KHG genannt)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>9713</td>
<td>Ausbildung (akademisches Lehrkrankenhaus)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>972</td>
<td>Forschung und Lehre</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>98</td>
<td>Ausgliederungen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>981</td>
<td>Hilfs- und Nebenbetriebe</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>x</td>
</tr>
</tbody>
</table>
# Anlage 8 PSY: IBLV-Verrechnungsschlüssel (Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur)

<table>
<thead>
<tr>
<th>KST-Nr.</th>
<th>Bezeichnung der Kostenstelle</th>
<th>Priorität 1</th>
<th>Priorität 2</th>
<th>Priorität 3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>901</td>
<td>Ärztlicher Direktor</td>
<td>Vollzeitkräfte AD</td>
<td>primäre Personalkosten AD</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medizinischer Schreibdienst</td>
<td>Vollzeitkräfte PD</td>
<td>primäre Personalkosten PD</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Archiv Patientenakten</td>
<td>Anzahl bearb. Dokumente</td>
<td>Faltzahl</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medizin. Dokumentation</td>
<td>Anzahl bearb. Dokumente</td>
<td>Pflegetage</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medizincontroling</td>
<td>Vollzeitkräfte</td>
<td>primäre Gemeinkosten</td>
<td>Faltzahl</td>
</tr>
<tr>
<td>902</td>
<td>Werkstatt (medizinisch)</td>
<td>Arbeitsstunden</td>
<td>primäre Sachkosten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>904</td>
<td>Zimmer Bereitschaftsdienst</td>
<td>Vollzeitkräfte AD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>905</td>
<td>Medizinische Bibliothek</td>
<td>Vollzeitkräfte AD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>911</td>
<td>Bettenaufbereitung</td>
<td>Anzahl aufbereitete Betten</td>
<td>Faltzahl</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Desinfektion</td>
<td>Arbeitsstunden</td>
<td>Pflegetage</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>912</td>
<td>Krankenhaushygiene</td>
<td>Arbeitsstunden</td>
<td>Pflegetage</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>913</td>
<td>Medizintechnik</td>
<td>Arbeitsstunden</td>
<td>Ausstattung Geräte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>914</td>
<td>Krankentransporte</td>
<td>Anzahl Transporte</td>
<td>Vollzeitkräfte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>917</td>
<td>Apotheke</td>
<td>Anzahl Bestellungen</td>
<td>primäre Sachkosten (KoAGrp 4)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>919</td>
<td>Medizinisches Zentrallager</td>
<td>Anzahl LagerEinheiten</td>
<td>primäre Sachkosten (KoAGrp 4,5,6)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Anmerkungen zu den Verrechnungsschlüsseln**

Größen der leistenden Kostenstellen (Erfassung nach anfordernden Kostenstellen) - Priorität 1
- Arbeitsstunden
- Anzahl Bestellungen
- Anzahl bearb. Dokumente
- betreute Patienten
- Anzahl aufbereitete Betten
- Verbrauchsmenge
- Anzahl Transporte
- Anzahl Sterildguteinheiten
- Anzahl LagerEinheiten

Größen der empfangenden Kostenstellen
- Vollzeitkräfte
- Ausstattung Geräte
- Anzahl Anschlüsse
- Pflegetage
- primäre Gemeinkosten
- primäre Personalkosten
- primäre Sachkosten
# Anlage 9 PSY: IBLV-Verrechnungsschlüssel (Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur)

<table>
<thead>
<tr>
<th>KST-Nr.</th>
<th>Bezeichnung der Kostenstelle</th>
<th>Priorität 1</th>
<th>Priorität 2</th>
<th>Priorität 3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>900</td>
<td>Gebäude</td>
<td>m² Nutzfläche</td>
<td>m² Grundfläche</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Grundstücke</td>
<td>m² Nutzfläche</td>
<td>m² Grundfläche</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Außenanlagen</td>
<td>m² Nutzfläche</td>
<td>m² Grundfläche</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>901</td>
<td>Verwaltung (allgemein)</td>
<td>Vollzeitkräfte</td>
<td>primäre Gemeinkosten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Krankenhausleitung</td>
<td>Vollzeitkräfte</td>
<td>primäre Gemeinkosten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Zentraler Schreibdienst (allg.)</td>
<td>Arbeitsstunden</td>
<td>Vollzeitkräfte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Patientenverwaltung</td>
<td>Fallzahl</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Finanzbuchhaltung</td>
<td>Vollzeitkräfte</td>
<td>primäre Gemeinkosten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kosten-Leistungsrechnung</td>
<td>Vollzeitkräfte</td>
<td>primäre Gemeinkosten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Personalabteilung</td>
<td>Vollzeitkräfte</td>
<td>primäre Personalkosten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Einkauf/Materialwirtschaft</td>
<td>Anzahl Bestellungen</td>
<td>primäre Sachkosten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>EDV/IT-Support</td>
<td>Ausstattung Geräte</td>
<td>Vollzeitkräfte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>902</td>
<td>Werkstatt/Technik (allg.)</td>
<td>Arbeitsstunden</td>
<td>m² Nutzfläche</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>904</td>
<td>Betriebstrat</td>
<td>Vollzeitkräfte</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>905</td>
<td>Seminar-/Vortragsraum</td>
<td>Vollzeitkräfte</td>
<td>primäre Personalkosten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>910</td>
<td>(Diät-)Küche</td>
<td>Anzahl Essen (gew.)</td>
<td>Beköstigungstage</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Spülküche</td>
<td>Anzahl Essen (gew.)</td>
<td>Beköstigungstage</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>911</td>
<td>Wäscherei, Schneiderei</td>
<td>kg Wäsche</td>
<td>Pflegestage</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>912</td>
<td>Reinigungsdienst</td>
<td>Reinigungfläche</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>913</td>
<td>Wärmeversorgung</td>
<td>Verbrauchsmenge</td>
<td>m² Nutzfläche</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wasserversorgung</td>
<td>Verbrauchsmenge</td>
<td>m² Nutzfläche</td>
<td>m² Grundfläche</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stromversorgung</td>
<td>Verbrauchsmenge</td>
<td>m² Nutzfläche</td>
<td>m² Grundfläche</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Abfallentsorgung</td>
<td>m² Nutzfläche</td>
<td>m² Grundfläche</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Klima-Lüftungszentrale</td>
<td>Verbrauchsmenge</td>
<td>m² klimatisierte Fläche</td>
<td>m² Nutzfläche</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Gebäudetechnik</td>
<td>Arbeitsstunden</td>
<td>Ausstattung Geräte</td>
<td>m² Nutzfläche</td>
</tr>
<tr>
<td>914</td>
<td>Innereitr. Transporte</td>
<td>Anzahl Transporte</td>
<td>Vollzeitkräfte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fuhrpark</td>
<td>gefahrene km</td>
<td>Vollzeitkräfte</td>
<td>Fallzahl</td>
</tr>
<tr>
<td>919</td>
<td>Zentrallager</td>
<td>Anzahl Lagereinheiten</td>
<td>primäre Sachkosten</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

## Anmerkungen zu den Verrechnungsschlüsseln

**Größen der leistenden Kostenstellen** (Erfassung nach anfordernden Kostenstellen) - Priorität 1

- Arbeitsstunden
- Anzahl Bestellungen
- Anzahl Essen (gew.) Gewichtung nach Herstellungsaufwand
- kg Wäsche
- Reinigungsfäche Fläche gewichtet mit Reinigungsfrequenz
- Verbrauchsmenge gem. Zählerstand
- ggf. gewichtet nach Entfernung/Dauer
- gefahrene km gem. Fahrtbuch
- Anzahl Lagereinheiten ausgegebene Lagereinheiten

**Größen der empfangenden Kostenstellen**

- m² Grundfläche gem. Raumbuch
- m² Nutzfläche gem. Raumbuch
- m² klimatisierte Fläche gem. Raumbuch
- Vollzeitkräfte ggf. nur einzeln aus Bewirtschaftungseinheiten
- Ausstattung Geräte gem. Inventarverzeichnis
- Fallzahl administrative Entlassungen
- Pflegestage
- Beköstigungstage
- primäre Gemeinkosten KoAGrp 1,2,3a/b,c,3,4a,6a,7,8 (oder Auswahl)
- primäre Personalkosten KoAGrp 1,2,3a/b,c,3 sowie PK der KoAGrp 7,8 (oder Auswahl)
- primäre Sachkosten KoAGrp 4,5,6 sowie SK der KoAGrp 7,8 (oder Auswahl)
### Anlage 10 PSY: Artikelliste für die Einzelkostenzuordnung

Erläuterungen zur Einzelkostenzuordnung enthält Kap. 6.1.1

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikelgruppe</th>
<th>Einsatzgebiet</th>
<th>Artikel (allgemeine Bezeichnung)</th>
<th>Mengeneinheit</th>
<th>Kostenrechnung</th>
<th>Kostenausweis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>IST</td>
<td>KVM</td>
<td>KoStGrp</td>
</tr>
<tr>
<td>Medikamente</td>
<td></td>
<td>Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)</td>
<td>2</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Antibiotika</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Antimykotika</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Hormonpräparate (z.B. Octreotid, r-TSH)</td>
<td>Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)</td>
<td>2</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Immunstimulanzien (z.B. Interferon)</td>
<td>Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)</td>
<td>2</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Immunsuppressiva</td>
<td>Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)</td>
<td>2</td>
<td>X</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Monoklonale Antikörper</td>
<td>Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)</td>
<td>2</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Plasmareinigungen</td>
<td>Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)</td>
<td>2</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychopharmaka</td>
<td></td>
<td></td>
<td>2</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Supportive Tumortherapie (z.B. Zytokine, G-CSF)</td>
<td>Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)</td>
<td>2</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>OdV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Virustatika</td>
<td>Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)</td>
<td>2</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Zytokine</td>
<td>Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)</td>
<td>2</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Zytostatika</td>
<td>Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)</td>
<td>2</td>
<td>X</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td>Blutprodukte</td>
<td>Erythrozytenkonzentrate</td>
<td>TE</td>
<td>3</td>
<td>X</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Thrombozytenkonzentrate</td>
<td>TE</td>
<td>5</td>
<td>X</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Apherese-Thrombozytenkonzentrate</td>
<td>Konz.</td>
<td>5</td>
<td>X</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Patienzenbezogene Thrombozytenkonzentrate</td>
<td>Konz.</td>
<td>5</td>
<td>X</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lymphozyten</td>
<td>TE</td>
<td>3</td>
<td>X</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Leukozyten</td>
<td>TE</td>
<td>2</td>
<td>X</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Granulozytenkonzentrate</td>
<td>Konz.</td>
<td>5</td>
<td>X</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fresh Frozen Plasma (FFP)</td>
<td>TE</td>
<td>3</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Katheter</td>
<td>Herz und Gefäße</td>
<td>Herzkatheter</td>
<td>Stück</td>
<td>X</td>
<td>X⁴</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>PTA-Katheter</td>
<td>Stück</td>
<td>X</td>
<td>X⁴</td>
<td>OdV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Angiographiekatheter</td>
<td>Stück</td>
<td>X</td>
<td>X⁴</td>
<td>OdV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Gastrointestinaltrakt</td>
<td>ERCP-Katheter</td>
<td>Stück</td>
<td>X</td>
<td>X⁴</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Artikelgruppe Einsatzgebiet Artikel (allgemeine Bezeichnung)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikelgruppe</th>
<th>Einsatzgebiet</th>
<th>Artikel (allgemeine Bezeichnung)</th>
<th>Mengeneinheit</th>
<th>Kostenzurechnung¹</th>
<th>Kostenausweis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Spezialien, andere</td>
<td>Verbrauchsmaterialien, andere</td>
<td>Spezielle Einmalartikel für endoskopische Diagnostik / Therapie¹</td>
<td>Stück</td>
<td>X</td>
<td>X⁶ OdV 6b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Spezielle Elektroden⁷</td>
<td>Stück</td>
<td>X</td>
<td>-- OdV 6b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Spezielle Kanülen⁷</td>
<td>Stück</td>
<td>X</td>
<td>X OdV 6b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Spezielle Kontrastmittel</td>
<td></td>
<td>X</td>
<td>X OdV 6b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Video-Kapseln</td>
<td></td>
<td>X</td>
<td>X OdV 6b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Aufwendige Fremdleistungen</td>
<td>Spez. diagnostische Leistungen</td>
<td>Anzahl L.</td>
<td>X</td>
<td>X OdV 6b</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Dialysen und verwandte Verfahren</td>
<td>Anzahl L.</td>
<td>X</td>
<td>-- 3 OdV 6b</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abkürzungen:
- OdV Ort des Verbrauchs
- TE Transfusionseinheit
- Konz. Konzentrat
- Stck (Set) Anzahl (Stück) verbrauchter Sets
- Anz. L. Anzahl erbrachter Leistungen

Fußnoten:
1 Medikamente können auch bei Kosten pro Tag unter 10 € als Einzelkosten zugerechnet werden.
   Bei Kennzeichnung der Artikel in beiden Kostenzurechnungsspalten (IST und KVM) besteht die Möglichkeit, anstelle der Kostenzuordnung anhand des dokumentierten Ist-Verbrauchs (IST) die Kostenzuordnung über ein ausreichend differenziertes klinisches Verteilungsmodell (KVM) vorzunehmen.
   Bei Artikeln mit einfacher Kennzeichnung in der Kostenzurechnungsspalte IST ist die Einzelkostenzuordnung anhand des dokumentierten Ist-Verbrauchs verbindlich vorgegeben.
   Die Anwendung eines klinischen Verteilungsmodells (KVM) bedarf der vorherigen Genehmigung durch das InEK.
2 Übliche Maßeinheit je Wirkstoff (in der Regel mg oder I.E.)
3 Für die in der ergänzenden Datenbereitstellung benannten Wirkstoffe ist die Einzelkostenzuordnung anhand des dokumentierten IST-Verbrauchs verbindlich vorgegeben.
4 Für die in der ergänzenden Datenbereitstellung benannten Produkte (ggf. mit Mindestmengenangabe) ist die Einzelkostenzuordnung anhand des dokumentierten IST-Verbrauchs verbindlich vorgegeben.
5 Bei der Einzelmengen-Definition sind die Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) der Bundesärztekammer sowie ggf. weitere Vorgaben des InEK auf jeweils aktuellem Stand zu beachten.
6 Ein ausreichend differenziertes KVM darf nur für Artikel mit Kosten unter 300 € je Fall verwendet werden.
7 Einzelartikel oder Materialset (Kosten je Einzelteil im Set 50 € oder höher)
### Anlage 12 PSY: Zuordnung von Berufen zu den Kostenartengruppen 2 sowie 3 bis 3c

der Dienstaren medizinisch-technischer Dienst und Funktionsdienst

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kostenartengruppe 2: Personalkosten Pflegedienst/Erziehungsdienst</th>
<th>Kostenartengruppe 3a: Personalkosten Psychologen</th>
<th>Kostenartengruppe 3b: Personalkosten Sozialarbeiter/Sozial/-Heilpädagogen</th>
<th>Kostenartengruppe 3c: Personalkosten Spezialtherapeuten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pflege- und Pflegehilfspersonal im stationären Bereich (Dienst am Krankenbett), auch in Intensiv- und Dialysestationen</td>
<td>Psychologen</td>
<td>Sozialarbeiter</td>
<td>Krankengymnasten</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nichtärztliche Psychotherapeuten</td>
<td>Sozialpädagogen</td>
<td>Logopäden</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Heilpädagogen</td>
<td>Masseure</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychologen</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Medizinische Bademeister</td>
</tr>
<tr>
<td>Erzieher</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Beschäftigungsberufe einschließlich Arbeitstherapeuten</td>
</tr>
<tr>
<td>Heilerziehungspfleger</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Physiotherapeuten</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Suchttherapeuten</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Musiktherapeuten</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Kunsttherapeuten</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Kostenartengruppe 3: Personalkosten med.-techn. Dienst/Funktionsdienst*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Apothekenpersonal</th>
<th>Cytologieassistenten</th>
<th>Kardiotechniker</th>
<th>Orthopäden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bio-Ingenieure</td>
<td>EEG-Assistenten</td>
<td>Krankenhausteilnehmer</td>
<td>Laboranten</td>
</tr>
<tr>
<td>Chemiker</td>
<td>Audiometristen</td>
<td>Physiker</td>
<td>Diätassistenten</td>
</tr>
<tr>
<td>Chemotechniker</td>
<td>Krankentransportdienst</td>
<td>Medizinphysiker</td>
<td>Arztshelfer</td>
</tr>
<tr>
<td>Personal der Zentralsterilisation</td>
<td>Medizinisch-technische Assistenten</td>
<td>Gesundheitsingenieure</td>
<td>Zahnärztliche Helferinnen</td>
</tr>
<tr>
<td>Tierpfleger und Sektionsgehilfen</td>
<td>Medizinisch-technische Gehilfen</td>
<td>Physikalisch-technische Assistenten</td>
<td>Krankenpflegepersonal für Operationsdienst</td>
</tr>
<tr>
<td>Hebammen und Entbindungspfleger</td>
<td>Personal für die medizinische Dokumentation</td>
<td>Krankenpflegepersonal in Polikliniken</td>
<td>Krankenpflegepersonal für Anaesthesie</td>
</tr>
<tr>
<td>Kindergärtnerinnen, soweit zur Betreuung kranker Kinder eingesetzt</td>
<td>Schreibkräfte im ärztlichen und medizinisch-technischen Bereich</td>
<td>Krankenpflegepersonal in der Ambulanz</td>
<td>Krankenpflegepersonal in der Endoskopie</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenpflegepersonal im Bluttransfusionsdienst</td>
<td>Medizinisch-technische Radiologieassistenten</td>
<td>Medizinisch-technische Laboratoriansassistenten</td>
<td>Krankenpflegepersonal in der Funktionsdiagnostik</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige Kräfte im medizinisch-technischen Bereich</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*) Mitarbeiter der nicht den Kostenartengruppen 2, 3a, 3b oder 3c zugeordneten Berufe
gerade Schrift: In Anlage 4 zur KHBV aufgeführte Berufsbezeichnungen; *kursive Schrift:* Ergänzende Berufsbezeichnungen
## Anlage 13 PSY: Beispiele für Modelle der Betreuungsintensität im Bereich Station

### Beispiel 1: Modell 1.1 (vorwiegend geeignet für die Behandlungsbereiche Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie oder Sucht; tagesvariable Merkmale)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmale</th>
<th>1 Punkt</th>
<th>2 Punkte</th>
<th>3 Punkte</th>
<th>4 Punkte</th>
<th>5 Punkte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aggression (selbst- und fremdbezogen) und/oder Suizidgefährdung</td>
<td>kein oder einmaliges Auftreten verbal-aggressiven und/oder provokanten Verhaltens</td>
<td>2-4-maliges Auftreten verbal-aggressiven und/oder provokanten Verhaltens und/oder mittelgradige Suizidgefährdung</td>
<td>andauerndes Auftreten verbal-aggressiven und/oder provokanten Verhaltens und/oder mittel- bis schwergradige Suizidgefährdung</td>
<td>bis zu 3-mal/Tag Auftreten körperlicher Aggression, auch gegenüber sich selbst und/oder besonders schwergradige Suizidgefährdung</td>
<td>fortwährendes Auftreten körperlicher Aggression gegenüber der Umgebung oder sich selbst und/oder besonders schwergradige Suizidgefährdung</td>
</tr>
<tr>
<td>Desorientiertheit (Zeitlich, örtlich, zur Person, zur Situation)</td>
<td>keine oder max. 1 Qualität betreffende zeitweilige Orientierungsstörung</td>
<td>zeitweise, mehr als 1 Qualität betreffende Orientierungsstörung</td>
<td>andauernde, 1 Qualität betreffende Orientierungsstörung</td>
<td>andauernde, 1-3 Qualitäten betreffende Orientierungsstörung</td>
<td>ständige und alle Qualitäten umfassende vollständige Orientierungsstörung</td>
</tr>
<tr>
<td>Einschränkung der Kooperationsfähigkeit (Absprachefähigkeit, Änderungsmotivation, Gruppenfähigkeit, Krankheitseinsicht)</td>
<td>insgesamt nicht wesentlich eingeschränkte Kooperationsfähigkeit</td>
<td>zeitweise eingeschränkte Kooperationsfähigkeit (Einzelsituation)</td>
<td>oft eingeschränkte Kooperationsfähigkeit (2-3 Situationen täglich)</td>
<td>überwiegend eingeschränkte Kooperationsfähigkeit (bis auf Ausnahmen keine Kooperation)</td>
<td>keine Kooperationsfähigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>Einschränkung der Selbstständigkeit in der persönlichen Lebensführung (z.B. Aktivitäten des täglichen Lebens)</td>
<td>weitgehend Selbstständigkeit</td>
<td>braucht gelegentlich Unterstützung in einzelnen Lebensbereichen</td>
<td>braucht wiederholende Unterstützung in mehreren Lebensbereichen</td>
<td>braucht häufig umfassende Unterstützung in 1 oder mehreren Lebensbereichen</td>
<td>braucht dauerhaft umfassende Unterstützung in allen Lebensbereichen</td>
</tr>
<tr>
<td>Auftreten von Ausnahmesituationen bei folgenden Gegebenheiten: - akute Erregungszustände - schwere somatische Gefährdung - emotionale Krisen - Verweigerung notwendiger Nahrungsaufnahme</td>
<td>kaum Auftreten von Ausnahmesituationen (keine oder max. Einzelsituation)</td>
<td>½ bis 1 Std./Tag dauernde Ausnahmesituation</td>
<td>1 bis 2 Std./Tag dauernde Ausnahmesituation</td>
<td>2 bis 6 Std./Tag dauernde Ausnahmesituation</td>
<td>&gt; 6 Std./Tag dauernde Ausnahmesituation</td>
</tr>
<tr>
<td>Somatischer Versorgungsbedarf</td>
<td>kaum Auftreten von somatischem Versorgungsbedarf (keine oder max. Einzelsituation)</td>
<td>½ bis 1 Std./Tag somatischer Versorgungsbedarf</td>
<td>1 bis 2 Std./Tag somatischer Versorgungsbedarf</td>
<td>2 bis 6 Std./Tag somatischer Versorgungsbedarf</td>
<td>&gt; 6 Std./Tag somatischer Versorgungsbedarf</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Beispiel 2: Modell 2.1 (vorwiegend geeignet für die Behandlungsbereiche Sucht oder Allgemeinpsychiatrie; tagesvariable Merkmale)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>Punkte</th>
<th>Punkte</th>
<th>Punkte</th>
<th>Punkte</th>
<th>Punkte</th>
<th>Punkte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Bewusstseins- und Orientierungsstörungen (inkl. dissoziative Zustände)</strong></td>
<td>Keine Störung des Bewusstseins oder der Orientierung</td>
<td>Schwerere gestörte Orientierung in einer Qualität</td>
<td>Orientierung durch kurze Hilfe verbessert</td>
<td>Orientierung durch kurze Hilfe stabil</td>
<td>Orientierung durch kurze Hilfe stabil</td>
<td>Erhöhte Hilfen auf Station erforderlich</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Objekte der Beurteilung</strong></th>
<th>1 Punkt</th>
<th>2 Punkte</th>
<th>3 Punkte</th>
<th>4 Punkte</th>
<th>5 Punkte</th>
<th>6 Punkte</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Ziel der Bewertungen</strong></th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
</tr>
</thead>
</table>

| **Antrieb** | Keine Störung des Antriebs | Antrieb leicht gesteigert, Leistungsfähigkeit und Motivation erhalten | Störungen des Antriebs (gesteigert oder vermindert) | starke Beeinträchtigung, teilweise Übernahme in allen Bereichen und vollständige Unterstützung (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich. | starke Beeinträchtigung, teilweise Übernahme in allen Bereichen und vollständige Unterstützung (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich. | Wegen anhaltender Androhung von Selbst- oder Fremdaggression oder Fremdlistigkeit eine ständige Überwachung erforderlich. |


| **Selbst- und Fremdaggressivität (inkl. Suizidalität)** | Keine Selbst- oder Fremdaggressivität | kurzzeitiger Eindruck von Selbst- oder Fremdaggressivität (z.B. leichte, gelegentliche BZ-/RR-Schwankungen oder erwarteter Entzug, wegen dessen erhöhte Überwachung erforderlich) | und Motivation erforderlich. | starke Beeinträchtigung, teilweise Übernahme in allen Bereichen und vollständige Unterstützung (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich. | starke Beeinträchtigung, teilweise Übernahme in allen Bereichen und vollständige Unterstützung (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich. | starke Beeinträchtigung, teilweise Übernahme in allen Bereichen und vollständige Unterstützung (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich. |

| **Behandlung** | Keine Behandlung | Behandlung in einzelnen Bereichen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich. | starke Beeinträchtigung: Anleitung in einzelnen Bereichen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich. | starke Beeinträchtigung: teilweise Übernahme in allen Bereichen und vollständige Unterstützung (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich. | starke Beeinträchtigung: teilweise Übernahme in allen Bereichen und vollständige Unterstützung (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich. | starke Beeinträchtigung: teilweise Übernahme in allen Bereichen und vollständige Unterstützung (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich. | starke Beeinträchtigung: teilweise Übernahme in allen Bereichen und vollständige Unterstützung (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich. | starke Beeinträchtigung: teilweise Übernahme in allen Bereichen und vollständige Unterstützung (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich. |

Beispiel 3: Modell 3.1 (vorwiegend geeignet für die Behandlungsbereiche Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie oder Sucht; tagesvariable Merkmale)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmale</th>
<th>1 Punkt</th>
<th>2 Punkte</th>
<th>3 Punkte</th>
<th>4 Punkte</th>
<th>5 Punkte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(Auto-)Aggressivität</td>
<td>Keine Aggressivität erlebt</td>
<td>Anschreien, Beschimpfen, Verweigern von Pflegemaßnahmen, Ernähren, Einkosten, Beschmutzen von Gegenständen</td>
<td>Latente Aggressivität, Sachbeschädigung, Schubsehns</td>
<td>Schlagen, Trotzen, Kratzeln, Beißenden, selbstverletzendes Verhalten, latente Suizidgefahr</td>
<td>Akute Selbstgefährdung, Akute Fremdgefährdung</td>
</tr>
<tr>
<td>Desorientiertheit</td>
<td>Orientiert</td>
<td>Vergesslichkeit, erschwertes Denken, gestörte räumliche Vorstellung, Sprachstörung, Antriebsdefizite</td>
<td>Zeitweile Orientierungsdefizite zur Person, Raum und Zeit</td>
<td>Desorientiertheit, hochgradige Vergesslichkeit, Sprachstörung, Handlungsunfähigkeit</td>
<td>Schwere Gedächtnisstörung, körperliche Störungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Kooperationsbereitschaft, Absprachefähigkeit, Gruppenfähigkeit</td>
<td>Kooperativ, absprachefähig, gruppenfähig</td>
<td>Leichte Einschränkungen</td>
<td>Starke Einschränkungen</td>
<td>Unkooperativ</td>
<td>Destruktiv</td>
</tr>
<tr>
<td>Beziehungs- und Kontaktstörung (Anflammende, verbitternde, krankhafte, misstrauische, Beziehungs- abbruchtendenzen)</td>
<td>Beziehungs- und kontaktfähig</td>
<td>Leichte Einschränkungen</td>
<td>Mittlere Einschränkungen</td>
<td>Schwere Einschränkungen</td>
<td>Beziehungsabbruch / Tragfähigkeitsstörungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Unselbstständigkeit in der persönlichen Lebensführung</td>
<td>Vollig selbstständig, keine Unterstützung notwendig</td>
<td>Einschränkungen, Anleitung notwendig</td>
<td>Einschränkungen, vermehrte Unterstützung vereinzelt notwendig</td>
<td>Einschränkungen, vermehrte Unterstützung in mehreren Bereichen notwendig</td>
<td>Komplexe Einschränkungen, komplexe Übernahmen notwendig</td>
</tr>
<tr>
<td>Erhöhter Informationsausstausch</td>
<td>Normaler Informationsausstausch</td>
<td>Gestiegener Informationsausstausch</td>
<td>Kompakte Team</td>
<td>Große Team, Teamsupervision</td>
<td>Fokus, Fallsupervision</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausnahmesituationen (mindestens 2 Stunden/Tag andauernd)</td>
<td>Engmaschige Kontrollgänge über 24 Stunden nichtwendig</td>
<td>1:1 Betreuung 2-6 Stunden (4 Punkte)</td>
<td>1:1 Betreuung 6-12 Stunden (5 Punkte)</td>
<td>1:1 Betreuung 12-18 Stunden (6 Punkte)</td>
<td>1:1 Betreuung 18-24 Stunden (7 Punkte)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Beispiel 4: Modell 4.1 (vorwiegend geeignet für den Behandlungsbereich Allgemeinpsychiatrie; tagesvariable Merkmale)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>1 Punkt</th>
<th>2 Punkt</th>
<th>3 Punkt</th>
<th>4 Punkt</th>
<th>5 Punkt</th>
<th>6 Punkt</th>
</tr>
</thead>
</table>

Anlagen
Beispiel 5: Modell 5.1 (vorwiegend geeignet für den Behandlungsbereiche Gerontopsychiatrie oder Allgemeinpsychiatrie; tagesvariable Merkmale)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmale</th>
<th>Punkt 1</th>
<th>Punkt 2</th>
<th>Punkt 3</th>
<th>Punkt 4</th>
<th>Punkt 5</th>
<th>Punkt 6</th>
<th>Punkt 7</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Orientierung</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>- keiner Orientierungsstörung</td>
<td>Ausgeprägte Orientierungsstörung</td>
<td>Zeitweise fehlende Orientierung</td>
<td>Steuerungsfähigkeit/Lenkbarkeit ist noch vorhanden</td>
<td>Die Beeinträchtigung erfordert zeitweise zusätzliche Interventionen</td>
<td>Orientierungsgebende Kurzkontakte</td>
<td>Zeitweise Aufsicht erforderlich</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Ausgeprägte Aggressivität</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>- keiner Aggressivität</td>
<td>Erhöhte Reizbarkeit mit verbalem Ermudungsverhalten</td>
<td>Beeinträchtigung des Gruppenmilieus</td>
<td>Die Beeinträchtigung erfordert zusätzliche Interventionen</td>
<td>Verbale Deeskalation möglich</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Ausgeprägte Kooperationsfähigkeit/Adhärenz</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>- keiner Kooperationsverlust/Adhärenz</td>
<td>Beeinträchtigung der Kooperation und/oder Adhärenz</td>
<td>Herabgesetzte Übereinstimmung mit den Behandlungszielen und -Formen</td>
<td>Herabgesetzte Absprachefähigkeit und Regelakzeptanz</td>
<td>Aufklärungs- und Abstimmungsbedarf zur Behandlung</td>
<td>Zusätzliche erforderliche educative und motivierende Interventionen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Selbstständigkeit in der persönlichen Lebensführung</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>- keiner Selbstständigkeitsverlust</td>
<td>Beeinträchtigung der Selbstständigkeit</td>
<td>Geistige, psychische und/oder motorische Einschränkung</td>
<td>Begleitende Unterstützung ist erforderlich</td>
<td>Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit</td>
<td>Vollständiger Selbstständigkeitsverlust</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Beispiel 6: Modell 6.1 (vorwiegend geeignet für den Behandlungsbereich Allgemeinpsychiatrie; Kombination aus aufenthaltsstabilen und tagesvariablen Merkmalen)

Die Gesamtpunktzahl pro Tag ergibt sich aus: Summe der Punkte für aufenthaltsstabile Merkmale + Punkte aus tagesvariablen Einstufung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aufenthaltsstabile Merkmale (Basispunktewert pro Patient, der über die (teil)stationäre Behandlung hindurch stabil bleibt)</th>
<th>Punktwert</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Psychiatrische Komorbidität</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Keine psychiatrische/psychosomatische Komorbidität (= eine psychiatrische Diagnose)</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Eine psychiatrische/psychosomatische Komorbidität (= zwei psychiatrische Diagnosen)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Zwei und mehr psychiatrische Komorbiditäten (≥ drei psychiatrische Diagnosen)</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliche Komorbidität</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Keine (somatisch gesund)</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Eine somatische Erkrankung</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Zwei oder mehr somatische Erkrankungen</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychosoziale und umgebungsbedingte Faktoren</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Keine erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ein erheblicher psychosozialer Belastungsfaktor (z.B. Arbeitslosigkeit)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Mehr als ein erheblicher psychosozialer Belastungsfaktor</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Persönlichkeitsstörung/Intelligenzminderung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Keine</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Moderat ausgeprägte Persönlichkeitsstörung/leichte Intelligenzminderung</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeprägte Persönlichkeitsstörung/mäßige oder schwere Intelligenzminderung</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tagesvariable Einstufung der Betreuungsintensität</th>
<th>Punktwert</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Patient ist orientiert, kooperativ und motiviert</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2. keine aktuelle Krisensituation,</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. keine akute Eigengefährdung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. keine akute Fremdgefährdung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krisensituation ist gegeben</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Krisensituation + Fremdgefährdung oder Eigengefährdung sind gegeben</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Krisensituation + Fremdgefährdung + Eigengefährdung sind gegeben</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Patient ist desorientiert, es besteht keine Kooperationsfähigkeit und sowohl akute Selbstgefährdung als auch akute Fremdgefährdung</td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Beispiel 7: Modell 7.1 (vorwiegend geeignet für die Behandlungsbereiche Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie oder Sucht; tagesvariable Merkmale)

Die Gesamtpunktzahl pro Tag ergibt sich aus: Summe der Punkte für aufenthaltsstabile Merkmale + Punkte aus tagesvariabler Einstufung

Aufenthaltsstabile Merkmale:

<table>
<thead>
<tr>
<th>psychiatrische Komorbidität inklusive Persönlichkeitsstörungen</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Keine Komorbidität</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Komorbiditäten ohne Relevanz für die aktuelle Aufnahme</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eine relevante Komorbidität</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zwei und mehr relevante Komorbiditäten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>körperliche/somatische Komorbidität</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Keine körperliche Komorbidität</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliche Komorbidität ohne Relevanz für die aktuelle Aufnahme</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eine somatische Erkrankung mit Relevanz für die aktuelle Aufnahme</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zwei oder mehr somatische Erkrankungen mit Relevanz für die aktuelle Aufnahme</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>psychosoziale und umgebungsbedingte Faktoren</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Keine psychosoziale Belastungsfaktoren</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ein erheblicher psychosozialer Belastungsfaktor</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mehr als ein erheblicher psychosozialer Belastungsfaktor</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Intelligenzminderung

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Keine Intelligenzminderung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leichte Intelligenzminderung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mäßige Intelligenzminderung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schwere Intelligenzminderung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tagesvariable Merkmale:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Orientierung</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Keine Orientierungsstörung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eine Qualität betreffende zeitweilige Orientierungsstörung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Andauernde eine Qualität betreffende Orientierungsstörung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Andauernde 1-3 Qualitäten betreffende Orientierungsstörung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eine ständige und alle Qualitäten betreffende Orientierungsstörung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Selbstgefährdung im Sinne der Suizidalität</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Keine Selbstgefährdung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lebensmüde Gedanken/Suizidphantasen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Konkrete Suizidpläne</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aktiver Suizidversuch</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fremdgefährdung</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Keine Fremdgefährdung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Androhung von Gewalt, provokantes Verhalten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wechsel von verbaler und körperlicher Aggressivität mit Überwiegen der verbalen Aggressivität bzw. des provokanten Verhaltens</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fortwährende körperliche Aggressivität, vitale Bedrohung Dritter</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antriebsstörungen (motorische Hemmung/Hyperaktivität)</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Keine Antriebsstörung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leichte motorische Hemmung/Steigerung/Distanzloses Verhalten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Moderate Hemmung/Steigerung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stupor/extreme Hyperaktivität</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sturz- und Weglauftendenz</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nicht vorhanden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stundenweise vorhanden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tagesüber vorhanden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Durchgehend 24 Stunden vorhanden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kooperationsbereitschaft/Absprachefähigkeit/Gruppenfähigkeit</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vorhanden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zeitweise eingeschränkt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Durchgehend eingeschränkt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dauerhaft nicht gegeben</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einschränkung der Selbstständigkeit (Körperpflege, Mahlzeiten)</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Selbstständigkeit vorhanden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gelegentliche Unterstützung in einzelnen Bereichen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wiederholte Unterstützung in mehreren Bereichen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Häufige und umfassende Unterstützung in mehreren Lebensbereichen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Andauernde und umfassende Unterstützung in allen Lebensbereichen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Ausnahmesituation (hierzu zählen selbstverletzendes Verhalten ohne Suizidalität, vitale Gefährdung, raptusartige Erregungszustände, die eine über das übliche Maß hinaus besondere Betreuungen erfordern und nicht durch obige Aspekte abgedeckt sind) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|=---|---|---|---|---|---|
| %                                                                |   |   |   |   |   |   |
### Beispiel 8: Modell 8.1 (vorwiegend geeignet für den Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie; tagesvariable Merkmale)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmale</th>
<th>Punkte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1 Punkt</td>
</tr>
</tbody>
</table>


| **Absprachefähigkeit / Kooperation / Regelakzeptanz** | Ist absprachefähig und kooperativ, gute Regelakzeptanz | Hält sich meistens an Absprachen, hinreichende Regelakzeptanz | Hält sich nach wiederholten Aufforderungen an Absprachen, oft oppositionell | Hält sich schwer an Absprachen, braucht viele Aufforderungen, Konfrontation | Hält sich an keine Absprachen, ist nicht erreichbar für Kooperation, verweigert sich, keine Regelakzeptanz |

| **Gruppenfähigkeit** | Ist gruppenfähig | Benötigt geringe Anleitung (z.B. Überprüfung im Rahmen des Verhaltensplans) | Benötigt punktuelle Anleitung (z.B. Vitalzeichenkontrolle bei Medikamentengabe 3 x täglich, Begleitung zur Entängstigung bei somatischen Untersuchungen, Essbegleitung bei Anorexie in Kleingruppe, Esstraining für Kinder einzeln) | Benötigt mehrfach Anleitung (ist schwer zu integrieren) | Benötigt regelmäßig Anleitung bei der Hygiene / sehr hoher Pflegeaufwand (z.B. Notfallversorgung, Sondierung, muss von Mitarbeitern zu Untersuchungen begleitet werden, ständige Aufsicht bei Nahrungsaufnahme-Einzelbetreuung) |

Beispiel 9: Modell 9.1 (vorwiegend geeignet für den Behandlungsbereich Psychosomatik; tagesvariable Merkmale)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmale</th>
<th>Punkte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aggressivität (selbst- und fremdbezogen)</td>
<td>1 Punkt</td>
</tr>
<tr>
<td>Kein Selbstverletzungsdruck/keine verbale Aggressivität</td>
<td>2 Punkte</td>
</tr>
<tr>
<td>Zeitweilige leichter Selbstverletzungsdruck/verbale leichte verbale Aggressivität</td>
<td>3 Punkte</td>
</tr>
<tr>
<td>Zeitweilige deutlicher Selbstverletzungsdruck/verbleibt verbale Aggressivität an/über Wochenlangen Symptomatik</td>
<td>4 Punkte</td>
</tr>
<tr>
<td>Ständiger Selbstverletzungsdruck/verbleibt verbale Aggressivität an/über Wochenlangen Symptomatik</td>
<td>5 Punkte</td>
</tr>
<tr>
<td>Ständige Schweregradigkeit der Symptomatik</td>
<td>6 Punkte</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Selbstständigkeit in der persönlichen Lebensführung | 1 Punkt |
| Vorhandensein einer Tagesstruktur | 2 Punkte |
| Zeitweiliges Fehlen einer basalen Tagesstruktur | 3 Punkte |
| Zeitweises Fehlen einer basalen Tagesstruktur | 4 Punkte |
| Zeitweises Unvermögen, gesundheitsbezogene Tätigkeiten durchzuführen | 5 Punkte |

| Somatische Pflegebedürftigkeit | 1 Punkt |
| Keine somatische Pflegebedürftigkeit | 2 Punkte |
| Zeitweise leichte Pflegebedürftigkeit | 3 Punkte |
| Zeitweise mittelschwere Pflegebedürftigkeit | 4 Punkte |
| Zeitweise schwere Pflegebedürftigkeit | 5 Punkte |

| Antieistörung (gestörte und gelernter) | 1 Punkt |
| Keine Antieistörung | 2 Punkte |
| Zeitweises Antieistörung | 3 Punkte |
| Vollständiges Antieistörung | 4 Punkte |

| Dissoziation | 1 Punkt |
| Keine dissoziationen Symptome | 2 Punkte |
| Zeitweise dissoziationen Symptome | 3 Punkte |
| Hochgradige dissoziationen Symptome | 4 Punkte |

| Bewährung der Steuerungsfähigkeit | 1 Punkt |
| Vorhandensein der Steuerungsfähigkeit | 2 Punkte |
| Zeitweises Fehlen der Steuerungsfähigkeit | 3 Punkte |
| Keine Steuerungsfähigkeit | 4 Punkte |
## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Abkürzung</th>
<th>Deutscher Begriff</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abgr.-KST</td>
<td>Abgrenzungskostenstelle</td>
</tr>
<tr>
<td>AbgrVO</td>
<td>Abgrenzungsverordnung</td>
</tr>
<tr>
<td>Abs.</td>
<td>Absatz</td>
</tr>
<tr>
<td>abzugr.</td>
<td>abzugrenzende</td>
</tr>
<tr>
<td>ÄD</td>
<td>ärztlicher Dienst</td>
</tr>
<tr>
<td>Afa</td>
<td>Absetzung für Abnutzung</td>
</tr>
<tr>
<td>allg.</td>
<td>allgemein</td>
</tr>
<tr>
<td>Alt.</td>
<td>Alternative</td>
</tr>
<tr>
<td>amb.</td>
<td>ambulant</td>
</tr>
<tr>
<td>Anl.</td>
<td>Anlage</td>
</tr>
<tr>
<td>Ant.</td>
<td>Anteil</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitsstd.</td>
<td>Arbeitsstunden</td>
</tr>
<tr>
<td>ärztl.</td>
<td>Ärztlich</td>
</tr>
<tr>
<td>Aufwand.</td>
<td>Aufwendungen</td>
</tr>
<tr>
<td>außerordentl.</td>
<td>außerordentlich</td>
</tr>
<tr>
<td>Beschäftigungsth.</td>
<td>Beschäftigungstherapie</td>
</tr>
<tr>
<td>BPfV</td>
<td>Bundespflegesatzverordnung</td>
</tr>
<tr>
<td>bzw.</td>
<td>beziehungsweise</td>
</tr>
<tr>
<td>d.h.</td>
<td>das heißt</td>
</tr>
<tr>
<td>diag.</td>
<td>diagnostisch</td>
</tr>
<tr>
<td>dir.</td>
<td>direkt</td>
</tr>
<tr>
<td>DKG</td>
<td>Deutsche Krankenhausgesellschaft</td>
</tr>
<tr>
<td>DKG-NT</td>
<td>Deutsche Krankenhausgesellschaft – Nebenkostentarif</td>
</tr>
<tr>
<td>DRG</td>
<td>Diagnosis Related Groups</td>
</tr>
<tr>
<td>DV-Geräte</td>
<td>Datenverarbeitungs-Geräte</td>
</tr>
<tr>
<td>EBM</td>
<td>Einheitlicher Bewertungs-Maßstab</td>
</tr>
<tr>
<td>EDV</td>
<td>Elektronische Datenverarbeitung</td>
</tr>
<tr>
<td>EEG</td>
<td>Elektro-Enzephalographie</td>
</tr>
<tr>
<td>EKG</td>
<td>Elektro-Kardiographie</td>
</tr>
<tr>
<td>EMG</td>
<td>Elektro-Myographie</td>
</tr>
<tr>
<td>endoskop.</td>
<td>endoskopische</td>
</tr>
<tr>
<td>entspr.</td>
<td>entsprechend</td>
</tr>
<tr>
<td>ERCP</td>
<td>endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie</td>
</tr>
<tr>
<td>Erz.</td>
<td>Erzieher</td>
</tr>
<tr>
<td>etc.</td>
<td>et cetera</td>
</tr>
<tr>
<td>evtl.</td>
<td>eventuell</td>
</tr>
<tr>
<td>FF</td>
<td>Funktionsdiagnostik</td>
</tr>
<tr>
<td>FFP</td>
<td>Fresh Frozen Plasma</td>
</tr>
<tr>
<td>G-CSF</td>
<td>Granulocyte Colony Stimulating Factor</td>
</tr>
<tr>
<td>GE</td>
<td>Geldeinheiten</td>
</tr>
<tr>
<td>gem.</td>
<td>gemäß</td>
</tr>
<tr>
<td>gesetzl.</td>
<td>gesetzlich</td>
</tr>
<tr>
<td>gew.</td>
<td>gewichtet</td>
</tr>
<tr>
<td>ggf.</td>
<td>gegebenenfalls</td>
</tr>
<tr>
<td>GKV</td>
<td>Gesetzliche Krankenversicherung</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Abkürzungsverzeichnis

**GKV-SV** Gesetzliche Krankenversicherung-Spitzenverband  
**Gn** Gewichtungsfaktor für Leistungen vom Typ n  
**GOÄ** Gebührenordnung für Ärzte  
**i.d.R.** in der Regel  
**I.E.** Internationale Einheit  
**IBLV** Innerbetriebliche Leistungsverrechnung  
**ICD** Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme  
**IK** Institutskennzeichen  
**indir.** indirekt  
**InEK** Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH  
**Infrastr.** Infrastruktur  
**inkl.** inklusive  
**IT** Informationstechnik  
**JAZ** Jahresarbeitszeit  
**K** kalkulationsrelevante Kosten der direkten Kostenstelle  
**Kap.** Kapitel  
**KapVO** Kapazitätsverordnung  
**kardiolog.** kardiologische  
**kf** Gemeinkosten der Kostenstelle, die dem Fall zugeordnet werden  
**kg** Kilogramm  
**KH** Krankenhaus  
**KHBV** Krankenhaus-Buchführungsverordnung  
**KHEntgG** Krankenhaustarifordnungsgesetz  
**KHG** Krankenhausfinanzierungsgesetz  
**KHRG** Krankenhausfinanzierungsreformgesetz  
**KoArtGrp** Kostenartengruppe  
**KoStGrp** Kostenstellengruppe  
**KrPflAPrV** Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege  
**KS** Kalkulationssatz der direkten Kostenstelle  
**KST** Kostenstelle  
**KSt.** Kostenstelle  
**Kto.** Konto  
**KVM** Klinisches Verteilungsmodell  
**L** kalkulationsrelevante Leistungsmenge der direkten Kostenstelle  
**lf** Zahl der während des Krankenhausaufenthaltes empfangenen Leistungen  
**Lfn** Zahl der während des Krankenhausaufenthaltes empfangenen Leistungen vom Typ n  
**LG** Gewichtete kalkulationsrelevante Leistungsmenge der Kostenstelle  
**Ln** kalkulationsrelevante Leistungsmenge vom Typ n  
**lt.** laut  
**max** maximal  
**ME** Mengeneinheit  
**med.** medizinisch
Abkürzungsverzeichnis

Kalkulation von Behandlungskosten in PSY-Einrichtungen
Version 1.0 – 16. November 2010

med.-techn. medizinisch-technisch
medizin. medizinisch
mg Milligramm
mind. mindestens
MRT Magnet-Resonanz-Tomographie
MTD Medizinisch-technischer Dienst
neur. neurologisch
Nr. Nummer
o.g. oben genannt
OdV Ort der Verwendung
OP Operationssaal/Operation
OPS Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
PD Pflegedienst
PEG Perkutane endoskopische Gastrostomie
periodenfr. periodenfremde
Personalk. Personalkosten
PKV Private Krankenversicherung
PK-Verrechnung Personalkosten-Verrechnung
prim. primär
PSY Psychiatrie
Psycholog. Psychologen
PsychPV Psychiatrie-Personalverordnung
PTA Perkutane Transluminale Angioplastie
qm Quadratmeter
Reha Rehabilitation
s. siehe
s.o. siehe oben
SGB V 5. Buch des Sozialgesetzbuchs (Krankenversicherung)
sog. sogenannte
Sozialarb. Sozialarbeiter
spez. spezial
Spez.-ther. Spezialtherapeuten
Std Stunde
Tab. Tabelle
tägl. täglich
Tätigk. Tätigkeit
teilstat. teilstationär
therapeut. therapeutische
u.a. unter anderem/anderen
u.ä. und ähnliche
u.m. und mehr
übr. übrige
Ungew. ungewichtet
vgl. vergleiche
VK Vollzeitkräfte
vollstat. vollstationär
z.B. zum Beispiel
zzgl. zuzüglich
STICHWORTVERZEICHNIS

A

Abgaben ................................................................................................................................. 48, 184, 189
Abgrenzungs
-kostenstelle..................................................................................................................... 26f., 44ff., 52, 58f., 74, 80f., 94ff., 101, 108f., 173f., 176
-verordnung (AbgrVO) ...................................................................................................... 48
Abschreibungen ................................................................................................................... 49ff., 184, 189
Absprachefähigkeit ............................................................................................................. 202, 204, 209
Abweichende Pflegeintensität ............................................................................................. 31, 56, 195
Adhärenz ............................................................................................................................. 206
Affektivität ............................................................................................................................ 203
Aggressivität ........................................................................................................................ 202, 204ff., 209f.
Akademisches Lehrkrankenhaus ....................................................................................... 66, 196
Altersversorgung ................................................................................................................. 64, 66, 69, 182, 186ff.
Ambulanz ............................................................................................................................. 35ff., 42, 55f., 60f., 99, 192, 195, 201
Anästhesie ............................................................................................................................ 117, 147, 201
Andere Therapie ..................................................................................................................... 116, 145, 147, 155, 166, 192, 195
Anschaffungs
-kosten ................................................................................................................................ 33, 105, 108
-preis ................................................................................................................................... 5, 129, 190
Anspannung ......................................................................................................................... 209
Antrieb
-störung ................................................................................................................................. 203, 210
-steigerung ........................................................................................................................... 205
-motorische Hemmung/Hyperaktivität .............................................................................. 208
Apotheke ............................................................................................................................... 53, 55, 67f., 106, 179, 183, 186ff., 194, 201
Arbeitnehmerüberlassung ..................................................................................................... 38f.
Arbeitstherapie ....................................................................................................................... 122, 147, 152f., 191
Archiv Patientenakten .......................................................................................................... 179
Ärztliche Direktion ................................................................................................................ 179f.
Ärztlicher Dienst ..................................................................................................................... 35, 83, 136f., 149, 158, 163, 166, 181f., 186
Aufmerksamkeitsstörungen ................................................................................................. 203
Aufnahmestation .................................................................................................................. 191
Aufsichtsbedarf ...................................................................................................................... 209
Aufwandarten
-nicht kalkulationsrelevante - ............................................................................................... 44
Aufwendungen
-außerordentliche - .............................................................................................................. 9, 44ff., 80, 174
-in Zusammenhang mit Ausgleichsposten ........................................................................ 49
-in Zusammenhang mit KHG-Sonderposten ......................................................................... 49
-periodenfremde - ................................................................................................................ 9, 44, 80, 174
Aus-, Fort- und Weiterbildung ............................................................................................. 76, 180, 185, 189, 194
Ausbildungs
-mehrvergütung ................................................................................................................... 9, 73, 77
-sätze ................................................................................................................................... 9, 32, 50, 57, 73ff., 81, 92, 174, 196
Ausgleichskonto .................................................................................................................... 9, 25f., 44ff., 47, 52, 80f., 173f.
Ausländische Patienten ........................................................................................................ 17, 60
Ausnahmesituation .................................................................................................................. 202, 204
Außenanlagen ....................................................................................................................... 180, 193
Eltern-Kind-Interaktionsförderung .............................................................................. 147
Endoskopie .................................................................................................................. 116, 118, 156, 160ff., 166, 192, 200ff.
Energie ......................................................................................................................... 67ff., 74, 180, 183, 188, 194
Ergänzende Leistungsbereiche .................................................................................. 65ff.
Ergotherapie ................................................................................................................. 69, 72, 89, 116, 122, 145, 147, 152ff., 166, 191, 195
Erlösausweisungen .................................................. 60ff., 67, 71
Erregung ...................................................................................................................... 209
F
Finanz- und Rechnungswesen ....................................................................................... 74
Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme ........................................................................ 205
Forensik .......................................................................................................................... 195
Forschung und Lehre ..................................................................................................... 9, 63ff., 196
Fortbildung ................................................................................................................... 77
Fremd-leistungen ........................................................................................................... 33, 105, 200
Fremd-personal ............................................................................................................. 38ff.
Funktions-diagnostik .................................................................................................... 30, 96, 104, 192, 194
Funktions-dienst .......................................................................................................... 53, 83ff, 136, 149, 158, 163, 166, 181ff., 186, 201
G
Gebäude .......................................................................................................................... 50ff., 72ff., 75, 93, 180, 193
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ........................................................................... 60, 114, 126, 158, 163
Gedächtnisstörungen ................................................................................................... 203
Gefährdung
  Eigen .......................................................................................................................... 202ff., 205, 207, 210
  Fremd ......................................................................................................................... 202ff., 205, 207, 210
Geschäftstherapie ......................................................................................................... 121ff., 191, 195
Gewinn- und Verlustrechnung .................................................................................... 8ff., 25ff., 80, 173
Grundstücke ................................................................................................................ 51, 72, 180, 193
Gruppenfähigkeit ........................................................................................................ 202, 204, 209
Gruppenleistung ........................................................................................................... 128
H
Hauskatalog ................................................................................................................ 59, 60ff., 113, 158, 163
Honorartätigkeit
  Einzelverträge über .................................................................................................. 39
I
ICD-Kode ........................................................................................................................ 22ff., 79, 107, 173
Implantate .................................................................................................................... 84, 181
Informationsaustausch ............................................................................................... 204
  medizinische ............................................................................................................. 53ff., 98ff., 179, 181ff., 187, 197
  nicht medizinische .................................................................................................. 53ff., 180ff., 187ff., 198
Innerbetriebliche Leistungsverrechnung (IBLV) .................................................... 29ff., 90ff., 94ff., 97ff., 118, 175ff., 197ff.
  Anbauverfahren ........................................................................................................ 90ff., 100, 175
  Gleichungssverfahren ............................................................................................. 90ff.
  Stufenleiterversuche ............................................................................................... 90ff.
Instandhaltung ........................................................................................................ 48, 58, 184, 187, 189
Integrierte Versorgung ................................................................. 61
Intelligenzminderung ................................................................. 207f.
Intensivbehandlung ................................................................. 114, 116ff., 134, 140, 143ff., 166, 179, 191, 195
Intensivstation ................................................................. 117
Investitionskosten ................................................................. 48, 50
Istkostenbasis ................................................................. 32, 104ff., 166, 181, 200
IT-Support ................................................................. 93, 180, 193

J
Jahresabschluss
  testierter ................................................................. 2f., 8f., 12, 25, 26, 45
Jahresüberlieger ................................................................. 19

K
Kalkulationssatz ................................................................. 42, 103, 111ff., 129, 131ff., 137, 141f., 144, 150, 159, 163, 167
Kardiologie ................................................................. 118, 156
Klinisches
  -Hauspersonal ................................................................. 181f., 187f.
  -Verteilungsmodell (KVM) ................................................................. 23, 32, 40, 104, 106ff., 199f.
Komorbidität
  Körperliche - ................................................................. 207f.
  Psychiatrische - ................................................................. 207f.
Kongruenz
  zeitliche - ................................................................. 5, 8, 19, 21
Konsil
  externes - ................................................................. 38, 62, 110
  internes - ................................................................. 38, 62, 92
Konsiliarleistung
  - an Dritte ................................................................. 38, 62, 110
  - Kontaktstörung ................................................................. 204
Kooperationsfähigkeit ................................................................. 202, 204, 206, 209
Kosten
  kalkulationsrelevante - ................................................................. 14f., 18, 43ff., 48ff., 60f., 70ff., 80, 82, 94ff., 103, 105, 112ff., 154
  kalkulatorische - ................................................................. 51, 75
Kostenarten
  -grupp(t)en ................................................................. 62, 82ff., 98ff., 110f., 150f., 159ff., 180ff., 201
  -rechnung ................................................................. 21, 25ff., 43ff., 47, 52, 73, 80f., 118, 174
Kostensatz ................................................................. 41, 76, 80, 109, 113, 135f., 174
Kostenstelle
  abzugrenzende - ................................................................. 29, 32, 35, 53f., 57f., 63, 66, 72, 81, 89, 95, 174
  direkte - ................................................................. 29, 35, 42, 52ff., 59, 81, 83, 89, 95f., 117ff., 147, 153, 174, 176
  gemeinsame - ................................................................. 29, 55, 56, 179, 193
  gemischte - ................................................................. 52f., 57f., 60, 63, 81, 174
  indirekte - ................................................................. 29, 35, 42, 52ff., 80f., 86, 89, 97, 99f., 147, 153, 173ff.
  Sammel- ................................................................. 10, 34, 36, 56, 83, 86ff., 97, 100, 125, 175
Kostenstellen
  - differenzierung ................................................................. 28, 30
  - gliederung ................................................................. 28f., 31f., 53, 80, 93, 116f., 119ff., 147, 193
  - grupp(t)en ................................................................. 29f., 116ff., 129ff., 143ff., 147ff., 155f., 191f.
  - plan ................................................................. 5, 7, 28, 40, 54, 59
  Mindest- ................................................................. 7, 28, 30, 32, 54, 193ff.
Leistungen

Lehrgangsgebühren .......................................................................................... 76
Lehrdeputat ........................................................................................................... 64
L.

KVM-Infoblatt ..................................................................................................... 169
Kurzkontakte ......................................................................................................... 24
Küche ..................................................................................................................... 53, 68, 71, 180
Krisensituation ..................................................................................................... 207
Kreißsaal ................................................................................................................. 117
Krankheitseinsicht ............................................................................................... 202
Krankentransporte ............................................................................................... 179f., 183, 187
Kurzkontakte ......................................................................................................... 24
KVM-Infoblatt ..................................................................................................... 169

Leistungs-

ambulante - ...................................................................................................... 56, 59ff.
kalkulationsrelevante - ................................................................. 14ff., 42ff., 52f., 57ff., 71, 96, 112, 115, 132
Leistungs-
dokumentation ............................................................................................... 22, 24, 64, 99, 114, 120ff., 126, 155
punkte ................................................................................................................ 10, 59, 61, 113ff., 150, 158ff., 164
statistik ............................................................................................................... 36, 42ff., 58ff., 66, 68ff., 80ff., 92ff., 101, 113, 174
volumen ............................................................................................................. 29, 41, 57, 120ff., 127, 137, 142, 150ff., 159ff., 163ff
zeit ....................................................................................................................... 10, 36, 40, 89, 121, 123, 125, 149ff

Lichttherapie ....................................................................................................... 147, 192, 195
Liquidationserlöse .............................................................................................. 47
Logopädie ........................................................................................................... 122, 147, 195

M

Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) ............................................................. 156, 194
Materialsets ....................................................................................................... 33
Medikamente ...................................................................................................... 33, 86ff., 105ff., 109, 161, 199, 200
Medizinische-

-Bibliothek ........................................................................................................ 179
- Dokumentation ............................................................................................... 22
-Institutionen ...................................................................................................... 30, 55, 194
Medizinischer Schreibdienst ............................................................................ 42, 95ff., 99, 193, 179
Medizinisches Controlling ................................................................................ 29, 179ff., 193
Medizinisch-technischer Dienst ...................................................................... 41, 99, 181ff., 186, 201
Medizintechnik .................................................................................................. 179, 184, 187, 189
Merkmale-
aufenthaltsstabile - ..................................................................................... 138, 207
tagesvariable - ............................................................................................... 137ff., 202ff

Miet(e)
aufwendungen .................................................................................................. 50, 75
Mitgliederbezogene Zeiterfassung ................................................................... 36, 40, 67, 80, 173
Mobilität ............................................................................................................ 209

Mutismus ............................................................................................................ 205
### Stichwortverzeichnis

**Kalkulation von Behandlungskosten in PSY-Einrichtungen**  
Version 1.0 – 16. November 2010

#### N
- Nebenbetriebe ................................................................. 29, 55, 72, 196
- Normalpflege ............................................................... 31, 56, 195
- Notfallambulanz ............................................................ 192

#### O
- OPS-Kode ..................................................................... 21ff., 110f., 126, 130, 155, 164ff., 170, 173
- Orientierungsstörung ....................................................... 202, 204ff.
- Desorientiertheit ............................................................ 202, 204

#### P
- Patientenbetreuung .......................................................... 194
- Personal
  - -gestellung .................................................................. 69f.
  - -kostenverrechnung ....................................................... 20ff., 30, 34ff., 38ff., 87ff., 92, 94, 118, 173
  - -verwaltung .................................................................. 74, 184, 193
- Persönlichkeitsstörung ..................................................... 207f.
- Pflege-/Erziehungsdienst .................................................. 35, 83, 86ff., 149, 158, 160, 164, 166, 181ff., 186, 201
- Pflegedienstleitung ........................................................... 179, 193
- Pflegetag ................................................................. 41, 101, 114ff., 129, 136f., 141f., 144
  - gewichteter ................................................................. 10, 136
- Physikalische Therapie ..................................................... 113, 116, 145, 147, 155ff., 166, 191, 194
- Physiotherapie ............................................................... 147, 191
- Praxis
  - -anleitung .................................................................. 76ff.
  - -einsätze ................................................................. 76
- Psychiatrie ................................................................. 61f., 195
  - Allgemein ................................................................. 120, 122f., 138, 141, 202ff.
  - Geronto ................................................................. 138, 202, 204, 206, 208
- Kinder- und Jugend- ....................................................... 31, 56, 138, 209
- Psycho
  - -eduaktion .................................................................. 145f., 191
  - -somatik ................................................................. 22, 31, 36ff., 56, 61f., 91, 138, 210
  - -therapie ................................................................. 116, 122, 126, 134, 145f., 155, 166, 191, 195
- Psychologen ................................................................. 22, 35, 136, 149, 166, 181, 186, 201
- Psychologische Tests ....................................................... 121ff., 145, 191
- Psychosoziale und umgebungsbedingte Faktoren ...................... 207f.

#### Q
- Qualifikation Praxisanleiter/innen .................................. 76
- Qualitätssicherung ........................................................... 179

#### R
- Radiologie ................................................................. 96, 110, 116, 118, 156, 158, 160, 166, 192
- Raumbuch ................................................................. 72, 94
- Realitätsverkennung ....................................................... 205
- Rechenzentrum ........................................................... 184, 189
- Regelakzeptanz ........................................................... 209
- Regelbehandlung ......................................................... 22, 107, 114, 116ff., 134, 140ff., 143f., 166, 191, 195
- Rehabilitationseinrichtungen ........................................ 60
- Reinigung ................................................................. 67, 74, 92, 99, 180, 194
- Reisekosten ............................................................... 76, 184, 189
Kalkulation von Behandlungskosten in PSY-Einrichtungen
Version 1.0 – 16. November 2010

Residual
-größe.................................................................119, 123, 137
-kosten ...............................................................137
Rettungsstelle..........................................................156
Rückstellungen.........................................................9, 44, 46f., 80, 174

S
Schlaflabor ............................................................134, 191, 195
Selbstständigkeit der persönlichen Lebensführung ..............................................202f., 206, 209f
Skonto .................................................................48
Somatische(r)
- Einrichtungen ..........................................................14, 16, 61, 62
-Pflegebedürftigkeit ....................................................210
-Versorgungsbedarf ..........................................................202
Sonstige therapeutische Einrichtungen .................................................................30, 195
Sozialarbeiter/Sozial-/Heilpädagogen .................................................................35, 41, 46, 83, 136, 149, 186, 201
Sozialdienst ..............................................................55, 194
Speisenversorgung .......................................................70f., 180, 194
Spezialtherapeuten .......................................................35, 41, 116ff., 136, 146, 149, 166, 186, 201
Station .................................................................31, 41, 134, 140, 144
- Erwachsene ............................................................191
- Kinder und Jugendliche ................................................191
Steuern .................................................................48, 184, 189
Stupor .................................................................205
Sturz- und Weglauftendenz .........................................................208
Suizidgefährdung .............................................................202, 205
Summen- und Saldenliste ......................................................9f., 12, 25ff., 80, 97, 100f., 173, 175f.

T
Technische Unterhaltung ..................................................74
Therapie
-bereiche ...............................................................41, 52, 55
Hippo .................................................................147, 191
-kosten .................................................................153f.
Kunst .................................................................191
Motor .................................................................147, 191
Musik .................................................................147, 191
Sport .................................................................147, 151, 191, 194
Transfusionseinheit .................................................................110, 165, 200
Transplantate .............................................................84, 181
Transportdienst .............................................................67f.
Transporte
innerbetriebliche .............................................................180, 194

U
Überlieferter ..............................................................19
Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche .................................................116, 156, 192
Untersuchungen in fremden Instituten .........................................................62, 110, 118, 183, 187

V
Verbrauchsmaterialien .................................................................33, 105
Verdichtung ..................................................................83ff., 89, 98, 101, 104, 165, 167, 175
<table>
<thead>
<tr>
<th>Stichwort</th>
<th>Seitenzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Verhaltensweisen</td>
<td>138f.</td>
</tr>
<tr>
<td>Vermietung</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>Verpachtung</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>Verrechnungsschlüssel</td>
<td>6f., 20f., 29, 34, 38, 89f., 92ff., 100, 173, 175, 197f.</td>
</tr>
<tr>
<td>Versicherungen</td>
<td>48, 69, 184, 189</td>
</tr>
<tr>
<td>Versorgung mit Energie, Wasser, Brennstoffen</td>
<td>67, 194</td>
</tr>
<tr>
<td>Versorgungseinrichtungen</td>
<td>29, 55, 194</td>
</tr>
<tr>
<td>Verwaltung</td>
<td>21, 74, 180, 193</td>
</tr>
<tr>
<td>Vollkostenansatz</td>
<td>2, 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Vollzeitkraft</td>
<td>29, 37f., 41, 64ff., 69, 77f., 92, 94, 102</td>
</tr>
<tr>
<td>Vor- und nachstationären Behandlungsphase</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Wahlleistungen</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Wartungs- und Reparaturleistungen</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>Wäscherei</td>
<td>68, 91, 95, 184, 189</td>
</tr>
<tr>
<td>Wäscheversorgung</td>
<td>67, 180, 194</td>
</tr>
<tr>
<td>Wasser</td>
<td>67f., 74, 180, 183, 188, 194</td>
</tr>
<tr>
<td>Weiterbildung</td>
<td>76, 185, 189</td>
</tr>
<tr>
<td>Werkstatt</td>
<td>67f., 74, 92, 101, 147, 152, 180, 191, 193</td>
</tr>
<tr>
<td>Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter</td>
<td>48, 184, 189</td>
</tr>
<tr>
<td>Wirkstoffmenge</td>
<td>109f.</td>
</tr>
<tr>
<td>Wirtschaftsbedarf</td>
<td>183, 188</td>
</tr>
<tr>
<td>Zentrale Dienstleistungen</td>
<td>48, 184, 189</td>
</tr>
<tr>
<td>Zentrallabor</td>
<td>161, 192</td>
</tr>
<tr>
<td>Zentralsterilisation</td>
<td>91, 201</td>
</tr>
<tr>
<td>Zinsen</td>
<td>49, 184, 189</td>
</tr>
</tbody>
</table>