Anlage 1a der Kalkulationsvereinbarung: KGL_Informationen zur Kalkulationsgrundlage Datenjahr 2011

Ausfüllhinweise

Die in diesem Dokument erbetenen Angaben sollen die Nachvollziehbarkeit der Kalkulationsgrundlage und die Transparenz der im Rahmen der Fallkostenkalkulation angewendeten Verfahrensweisen weiter verbessern. Die Angaben erleichtern die Interpretation der Kalkulationsergebnisse durch die Mitarbeiter des InEK und können als Ausgangspunkt für eine weitere Verbesserung der Kalkulation im Krankenhaus während der Korrekturphase bis zur Übermittlung des endgültigen Ergebnisses dienen.

Die Abfragen geben nur eine bestimmte Tabellenlänge vor. Sie können bei Bedarf die Tabellenlänge jedoch durch Anfügen weiterer Zeilen entsprechend erweitern. Bitte achten Sie darauf die Tabellen ohne Leerzeilen zu füllen. Bitte verändern Sie das Dokument im Übrigen nicht, um eine reibungslose Übernahme in die Kalkulationsdatenbank zu gewährleisten. Sollten Ihrerseits Erläuterungen zu einzelnen Ihrer Angaben erforderlich sein, senden Sie diese bitte per separater E-Mail an den für Sie zuständigen Mitarbeiter des InEK.

Bitte plausibilisieren Sie Ihre Angaben vor dem Versand. Bitte nutzen Sie dazu die Ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, wie z. B. die Daten der Datei "Zusätzliche Leistungsinformationen (OP AN)", vorliegende Leistungsstatistiken und Vorjahreswerte.

Einige Datenfelder haben wir auf Basis uns bereits vorliegender Informationen gefüllt (z. B. JK). Sollte sich bei vorausgefüllten Feldern Änderungsbedarf ergeben haben, ersetzen Sie bitte die entsprechenden Angaben durch die aktuellen Werte.

Bei Rückfragen zu den "Informationen zur Kalkulationsgrundlage" wenden Sie sich bitte an den für Sie zuständigen Mitarbeiter des InEK.

Wir bitten nochmals um sorgfältiges Ausfüllen und rechtzeitiges Absenden der "Informationen zur Kalkulationsgrundlage", da ansonsten eine vollständige Beurteilung Ihrer Daten nicht gewährleistet werden und gegebenfalls zu einer Verminderung der Vergütung führen kann.

Ihre InEK GmbH

Rücksendung

Bitte senden Sie diese Datei ausgefüllt per E-Mail an die Adresse <u>datenlieferung@datenstelle.de</u>. Wir **empfehlen die Datei** zum Datenschutz **mit dem InEK-Schlüssel zu verschlüsseln**. Den Schlüssel finden Sie auf unserer Homepage (*www.g-drg.de*) im Bereich *Kalkulation*.

Bitte übermitteln Sie diese Datei mit allen erbetenen Angaben unbedingt vor der ersten Datenlieferung Ihres Krankenhauses. Die Datei enthält wichtige, für die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen relevante Angaben. Wir erbitten die Rücksendung daher 2 Tage vor Ihrer Datenlieferung, spätestens aber bis zum 2. April 2012. Benennen Sie diese Datei für den Versand an das InEK bitte nicht um.

Sollte sich während der Kalkulationsphase Korrekturbedarf der Angaben ergeben, so können Sie eine entsprechend korrigierte Datei an die o. g. E-Mail-Adresse senden. Bitte geben Sie in diesem Fall im Tabellenblatt "Stammdaten" eine stichwortartige Begründung für die Korrektur an.

Erläuterungen zu einzelnen Abfragepunkten

Das DRG-relevante Kostenvolumen und die dazugehörige Fallzahl stellen grundlegende Daten der Fallkostenkalkulation dar. Entsprechend der anzuwendenden Kalkulationssystematik sollten diese Daten im Rahmen der Kalkulationsarbeiten im Krankenhaus sorgfältig erhoben werden.

Die Kosten- und Leistungsdaten von Fällen, die in Besonderen Einrichtungen nach VBE 2011 behandelt wurden, sind zu übermitteln. Bitte geben Sie an, ob und welche Besonderen Einrichtung(en) vereinbart wurden, wie viele Fälle dort behandelt wurden und wie hoch das Kostenvolumen der Besonderen Einrichtung(en) war.

Auf dem Tabellenblatt "Intensivbehandlung" geben Sie bitte an, auf welchen Stationen Sie Intensivbetten vorhalten. Bitte tragen Sie weiter die Anzahl der Fälle und Betten in die Tabelle ein und markieren Sie, ob Sie für die angegebenen Intensivbetten die im OPS genannten Mindestmerkmale für die Intensivmedizinische bzw. (Andere) Neurologische Komplexbehandlung erfüllen. Bitte übermitteln Sie weiter die Intensivstunden (gewichtet / ungewichtet) und weisen Sie die Kosten der aufgeführten Kostenartengruppen sowie die Gesamtkosten der jeweiligen Kostenstelle aus.

Zur besseren Interpretation der Kalkulationsergebnisse bittet das InEK die Kalkulationshäuser um Angaben zu den Ärztlichen Mitarbeitern, die im Krankenhaus in "freier" Mitarbeit tätig werden. Freie Mitarbeiter stehen nicht in einem festen Angestelltenverhältnis mit dem Krankenhaus, sondern werden auf Basis individueller Vereinbarungen tätig. In den Fragen werden Belegärzte sowie Ärzte, die ausschließlich "klassische" konsiliaräztliche Leistungen (Beratung und Mitbehandlung) erbringen, nicht einbezogen. Für die Kostenartengruppe 1 (Ärztlicher Dienst) hat die Fallkostenzurechnung über Pflegetage zu erfolgen. Bitte geben Sie im Blatt "Ärztlicher Dienst" die Kosten und Pflegetage sowie die Anzahl der zugeordneten Vollkräfte je Kostenstelle nach Durchführung der Personalkostenverrechnung an.

Im Bereich Normalstation sind für die Fallkostenzurechnung der Kostenartengruppen 2, 4a und 6a PPR-Minutenwerte als Bezugsgröße vorgegeben. Sofern in Ihrem Krankenhaus anstelle der PPR ein anderes sachgerechtes Pflegestufensystem angewendet wird, beschreiben Sie uns bitte kurz dessen wesentliche Merkmale. Falls hier in einzelnen Kostenstellen Lücken in der Dokumentation vorliegen, geben Sie uns bitte die stattdessen angewendete Bezugsgröße der Kostenzurechnung an.

Die Kostenstellenverrechnung im Rahmen der IBLV wird wegen ihrer zentralen Bedeutung für die Datenqualität der Kalkulationsdatensätze ausführlich untersucht. Bitte geben Sie dazu in den Tabellenbättern "IBLV", "med. Infra" und "nicht med. Infra" die indirekten Kostenstellen, die für die IBLV verwendeten Verrechnungsschlüssel und das zu verrechnende Kostenvolumen an. Bitte geben Sie auch an, welches Kostenvolumen vor Durchführung der IBLV auf den direkten Kostenstellen (aggregiert zu Kostenstellengruppen) gebucht war.

Die Personalkostenverrechnung hat erheblichen Einfluss auf die inhaltliche Konformität der Kalkulationsergebnisse. Daher werden im Tabellenblatt "PK-Verrechnung" die Methodik und das der Personalkostenverrechnung unterliegende Kostenvolumen abgefragt.

Anlage 1a der Kalkulationsvereinbarung: KGL_Informationen zur Kalkulationsgrundlage Datenjahr 2011

Stammdaten

| IK-Nr.: | | |
|---------------------------|---------------------------------------|------------------|
| Name des KH: | |] |
| Ort des KH: | | |
| | | |
| Informationen zur Kalkula | Initiallieferung: Korrekturlieferung: | te markieren (X) |
| Begrundung für Korrektur | lieferung (stichwortartig): | <i></i> |
| | | |

Bitte prüfen Sie die eingetragenen Werte und nehmen Sie ggf. entsprechende Korrekturen vor geben Sie das Institutskennzeichen (IK) bitte **ohne** Leerzeichen an.

Bitte markieren Sie das Feld
"Initiallieferung" für Ihre erste Lieferung.
Bitte tragen Sie in das Feld
"Korrekturlieferung" ein "x" ein, wenn Sie
bereits eine Datei "Informationen zur
Kalkulationsgrundlage" übermittelt haben
und sich im Laufe der Kalkulationsphase
herausstellt, dass Bedarf für eine Änderung
Ihrer Angaben besteht. Bitte geben Sie eine
stichwortartige Begründung für die
Korrekturlieferung an (z. B. Änderung
Kostenvolumen wegen fehlerhafter
Abgrenzung ambulanter Leistungen).

| Erklärung zur Kalkulationsgrundlage | | | | | | |
|--|---|---------------------------|---|---|--|--|
| Krankenhaus-IK: Name des KH: Ort des KH: | 0 0 0 | | | | | |
| | bitte eintragen | | | | | |
| Summe DRG-relevante Kosten (EUR) | | | | | | |
| Kalkulierte Fälle (Anzahl) Fälle vollstationär Fälle teilstationär Berechnungstage teilstationär Begleitpersonen rein vorstationär | | | | | | |
| Besondere Einrichtungen (BE) Besteht für das Krankenhaus (bzw. eine Facha Besonderen Einrichtung(en) nach den Regelun Bitte markieren Sie (X) | | hrer | Ja Nein |] | Einrichtung vereinbar Einrichtung (BE) vere bitte je BE an, welch | Nein", wenn für das Krankenhaus keine Besondere t wurde. Wurde mindestens eine Besondere ninbart so markieren Sie bitte "Ja" und geben Sie e Art der BE vereinbart wurde, die Anzahl der |
| | Art der BE | Fallzahl | Kostenvolumen | | der BE. Bei Bedarf k | wie das Kostenvolumen der behandelten Fälle in ann die Tabelle durch das Anfügen zusätzlicher |
| | | | | | Zeilen verlängert wer Bitte beachten Sie | dass nach § 21 KHEntgG die Daten von Fällen |
| | | | | 1 \ | | richtungen zu übermitteln sind. |
| Berücksichtigte Abgrenzungstatbestände | | bitte markieren (X) | Kostenvolumen Personal- Sach- kosten kosten | Infrastruktur- | uterung im Handbuch | |
| Leistungen der Psychiatrie gem. § 17d Abs. 1 h Kosten der Faktorpräparate für Bluterpatienten Rückstellungen (ohne Rückstellungen für Urlau Periodenfremde u. außerordentliche Aufwendur Investitionskosten Leistungen an Dritte Speisenversorgung Forschung und Lehre Ausbildung in akademischen Lehrkrankenhäuse Vermietung und Verpachtung Besetzung eines Notarztwagens Personalgestellung an Dritte Ergänzende Leistungsbereiche Leistungen der Nebenbetriebe Ambulante Leistungen Rehabilitätionseinrichtungen gem. § 111 SGB \ Aufwendungen für Ausbildungsstätten u. Ausbi Postmortale Organspenden Sonstige (Integrierte Versorgung, strukturierte B | b und Mehrarbeit) ngen / / / / / / / / / / / / / / / / / / | | | (siehe (siehe)))))))))))))))))))))) | Kap. 4.4.3.3) Kap. 6.2.1.2) Kap. 4.4.1.3) Kap. 4.4.1.3) Kap. 4.4.1.4) Kap. 4.4.3.8) Kap. 4.4.3.10) Kap. 4.4.3.10 Kap. 4.4.3.12 Kap. 4.4.3.7) Kap. 4.4.3.15 Kap. 4.4.3.11 Tab. 2, Kap. 3.11 | Das DRG-relevante Kostenvolumen ergibt sich nach Berücksichtigung auszugliedernder nicht DRG-relevanter Tatbestände. Bitte markieren Sie in der Aufzählung die Tatbestände, für die Sie eine Kostenabgrenzung durchgeführt haben und geben Sie das abgegrenzte Kostenvolumen an. |
| Zentren und Schwerpunkte gem. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG | Ditte nemien | | | (siehe | Tab. 2, Kap. 3.1) | Bitte nennen Sie ausschließlich Zentren und Schwerpunkte gem. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG, für die eine gesondert vereinbarte Vergütung besteht und geben Sie das abgegrenzte Kostenvolumen an. |
| Abschlussschreiben Kalkulation 2011 (bei Erstteilnahme nicht ausfüllen) | | | | | | NOSIGHVOIGHIBH ZII. |
| Konnten Punkte aus dem Abschlusschreiben de Bitte markieren Sie (X): | er letzten Kalkulationsrunde nicht umg | gesetzt werden? | ? Ja | Nein | | |
| Wenn ja, bitte erläutern Sie kurz: | | | | | | |
| | | | | | | |

| Ergänzende Angaben zu Kalkulationsbereichen | | |
|--|--|---|
| Krankenhaus-IK: Name des KH: Ort des KH: | 0 0 0 | |
| Kostenstellengruppe 4 (OP-Bereich) | Das Krankenhaus hat keinen OP: Das Krankenhaus hat einen/mehrere Zentral-OPs: | Bitte markieren (X), wenn Sie keinen OP haben. Die Rücksendung der Datei "Zusätzliche Leistungsinformationen (OP_AN)" ist nicht notwendig, wenn im Krankenhaus kein OP vorhanden ist. |
| | | |
| | Wie viele Zentral-OPs hat das Krankenhaus? | Bitte markieren (X), wenn das Krankenhaus einen bzw. bei mehreren Standorten mehrere Zentral-OPs hat. Bitte geben Sie weiter die Anzahl der Zentral-OPs an. |
| Leistungsdokumentation Personalbindungszeit Schnitt-Naht-Zeit | bitte markieren (X) ÄD FD/MTD |) |
| mit fallindividuellem Gleichzeitigkeitsfaktor mit standardislertem Gleichzeitigkeitsfaktor je OP-Art Alternative (bitte beschreiben) Rüstzeit als fallindividuell erfasster Wert je Mitarbeiter(in) als abgestufter Standardwert je OP-Art als Einheitswert Alternative (bitte beschreiben) | Beschreibung: | Bitte markieren Sie die in Ihrem Krankenhaus für die Kalkulation verwendete Leistungsdokumentation. Beschreiben Sie ggf. verwendete Alternativen bitte stichwortartig. Bitte beachten Sie, dass die Erfassung der Rüstzeit als Einheitswert keine leistungsgerechte Verteilung der Kosten gewährleistet. |
| Summe der für die Kalkulation der DRG-relevanten Fälle verwendeten Leistungsminuten (Leistungsminuten = Schnitt-Naht-Zeit * GZF + Rüstzeit) ausschließliche Berücksichtigung relevanter Leistungszeiten (siehe Erläuterung) | ÄD FD/MTD bitte eintragen | Geben Sie bitte die Summe der für die Kalkulation verwendeten Leistungsminuten (inkl. GZF und Rüstzeit) an. Bitte stellen Sie sicher, dass ausschließlich relevante Leistungszeiten übermittelt werden (ohne Belegützel). Bei der Erbringung der Leistung durch externes Personal sind die Vorgaben des Handbuchs zur Kalkulation von Fallkosten, Version 3.0 (S. 39 f) bezüglich der Erfassung, des Einbezugs und der Kostenzuordnung zu beachten. |
| Kostenstellengruppe 5 (Anästhesie) Leistungsdokumentation Personalbindungszeit reine Anästhesiezeit mit fallindividuellem Gleichzeitigkeitsfaktor mit standardisiertem Gleichzeitigkeitsfaktor je OP-Art | bitte markieren (X) AD FD/MTD | |
| Alternative (bitte beschreiben) Rüstzeit als fallindividuell erfasster Wert je Mitarbeiter(in) als abgestufter Standardwert je OP-Art als Einheitswert Alternative (bitte beschreiben) | Beschreibung: | Bitte markieren Sie die in Ihrem Krankenhaus für die Kalkulation verwendete Leistungsdokumentation. Beschreiben Sie ggf. verwendete Alternativen bitte stichwortartig. Bitte beachten Sie, dass die Erfassung der Rüstzeit als Einheitswert keine leistungsgerechte Verteilung der Kosten gewährleistet. |
| Summe der für die Kalkulation der DRG-relevanten Fälle verwendeten Leistungsminuten (Leistungsminuten – Anästhesizerit * GZF + Rüstzeit) ohne Berücksichtigung belegärztlicher Leistungszeiten | ÄD FD/MTD bitte eintragen | Geben Sie bitte die Summe der für die Kalkulation verwendeten Leistungsminuten (inkl. GZF und Rüstzeit; ohne Beleganästhesisten) an. |
| Kostenstellengruppe 6 (Kreißsaal) | Das Krankenhaus hat keinen Kreißsaal: | Bitte markieren (X), wenn Sie keinen Kreißsaal haben. |
| Leistungsdokumentation Summe der "Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißsaal" in Stunden (ausschließlich für vollstationäre Patientinnen) davon für vorgeburtliche Kreißsaalaufenthalte | Summe (bitte eintragen) | Bitte geben Sie die Summe der "Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißsaal" in Stunden an, sowie die Zeiten, die dabei auf vorgeburtliche Kreißsaalaufenthalte entfallen. Bitte geben Sie weiter die Anzahl der DRG-relevanten Geburten an. |
| Anzahl der vollstationären Geburten | | |
| Bei vorgeburtlichen Fällen fielen im Datenjahr 2011 keine "Auf Bitte erläutern Sie (kurz) die Organisationsstrukturen in die | | Bitte markieren (X), wenn bei vorgeburtlichen Fällen generell keine "Aufenthaltszeiten der Patientni m Kreitissal" anfallen. Wenn Sie dieses Feld markieren, erläutern Sie bitte stichwortartig Ihre Organisationsstruktur in diesem Bereich. |

| Ergä | inzende Angaben zu Kalkulationsbereichen | | | | | | | | |
|--------|---|------------------------|--|-----------------------|---|--|--|--------------|---|
| Krank | kenhaus-IK: | 0 | | | | | | | |
| | | 0 | | | | | | | |
| Ort de | es KH: | 0 | | | | | | | |
| Das K | rankenhaus erbringt keine Leistungen im Bereich der Gynä | kologie und Geburtshi | lfe: | | | | | | Bitte markieren (X), wenn Sie keine Leistungen im Bereich der Gynäkologie und der Geburtshilfe erbringen. |
| Koste | enstellen im Bereich Geburtshilfe/ Gynäkologie | | | | | | | | Geodrishine erbringen. |
| | 1 | | Anzahl d | er VK nach Person | alkostenverrechnun | q | | | Bitte geben Sie an, welche Kostenstellen Sie für den Bereich der Geburtshilfe und |
| | Kostenstelle (aussagekräftiger Name) | Ärztlicher Dienst | Belegarzt (bitte markieren [X]) | Pflegedienst | Funktions- dienst (ausgenommen Hebammen) | Hebammen | Beleg- Hebammen (bitte markieren [X]) | | Gynäkologie eingerichtet haben. Bitte bezeichnen Sie, falls Sie über die genannten Kostenstellen hinaus Kostenstellen eingerichtet haben, diese mit einem aussagekräftigen Namen. Bitte geben Sie weiter die Anzahl der Vollkräfte nach Personalkostenverrechnung in den jeweiligen Kostenstellen au. Bitte markieren Sie in den Spalten Belegarzt und Beleichebamme die Kostenstellen auf den. |
| | Normalstation Gynäkologie Normalstation Geburtshilfe | | | | | | | | Leistungen durch Beleg-Personal erbracht werden. |
| | Kreißsaal | | | | | | | | Bei Bedarf kann die Tabelle durch das Anfügen zusätzlicher Zeilen verlängert |
| | Kreißsaal-OP | | | | | | | \ | werden. |
| | OP Gynäkologie | | | | | \rightarrow | | | |
| | Neugeborenenzimmer Ambulanz (Gynäkologie/Geburtshilfe) | | | | | - | | 1 / ~ | |
| | Ambulanz (Gynakologie/Geburtshille) | | | | | $\overline{}$ | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | \ \ \ | | | Bitte geben Sie an, wie hoch das DRG-relevante und wie hoch das nicht DRG- |
| Koste | Bitte geben Sie das Kostenvolumen (EUR) der gynäkologic (nach Personalkostenverrechnung und nach IBLV) enstellengruppe 8 (Endoskopie) | | | | DRG-relevant | nicht DRG-relevant | | | Bitte gebeit ist ein, wie nicht das Gewichterwalte und wie nicht und sindt IDACH relevante (abgegrenzte) Kostenvolumen Ihrer gynäkologischen und geburtshilflichen Ambulanz(en) war. Bitte berücksichtigen Sie das auf diesen Kostenstellen gebuchte Kostenvolumen nach Personalkostenverrechnung und nach IBLV. |
| | | Das Krankenhaus erb | | | / | | | | |
| | | endoskopischen Lei | stungen: | | | | | | Bitte markieren (X), wenn Sie keine endoskopischen Leistungen erbringen. |
| | Das Krankenhaus hat (mindestens) einen endoskopischen Wie viele DRG-relevante Fälle werden dort behandelt? | Eingriffsraum? | | | | bitte markieren Anzahl Fälle | | | Bitte markieren Sie, wenn es in Ihrem Krankenhaus einen endoskopischen Eingrifffsraum gibt und geben Sie die Anzahl der DRG-relevanten Fälle an, die in diesem Raum bzw. diesen Räumen behandelt wurden. |
| Koste | enstellengruppe 9 (Radiologie) | | | bitte markieren (X) | | | | | |
| | Lassen Sie Leistungen, die der Kostenstellengruppe 9 (Rarzuzuordnen sind, extern erbringen? | diologie) | nein ja, vollständig ja, teilweise | | | | | | Für den Fall, dass Sie radiologische Leistungen teilweise extern erbringen lassen, geben Sie bitte die Teilbereiche (z.B. Strahlentherapie, CT, MRT) und das ungefähre Kostenvolumen (insgesamt) in Euro an. |
| | Bei teilweiser externer Leistungserbringung: | | Leistungsbereich(e) | | | | | | |
| | | | Kostenvolumen in Euro | | | | | | |
| | Eigenständige (direkte) Kostenstellen im Bereich der Koste | enstellengruppe 9 (Rad | diologie) | | | | | | |
| | Bitte berücksichtigen Sie die Kostenstellen der Radiologie | • | 0 , | ulation von Fallkoste | n Version 3.0 (Anlage | 6) | | | Bitte geben Sie an, welche (direkten) Kostenstellen Sie in der Kostenstellengruppe 9 |
| | Ditto berdensterlagen die die Nostenstellen der Radiologie | nach den vorgaben de | os manuouchs zur Nalk | | eistungsdokumentat | | | | (Radiologie) angelegt haben und nach welchem Schlüssel Sie im Rahmen der |
| | Kostenstelle (aussagekräftiger Name) | Hauskatalog* | DKG-NT | ЕВМ | GOÄ | sonstige* | В | Beschreibung | Kostenträgerrechnung Kosten auf die Patienten verteilen. |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | * bei Hauskatalog und sonstige ist zwingend eine kurze Beschreibung (des |
| | ļ | | | | | | | | Vorgehens) anzugeben. |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| Ergänzende Angaben zu Kalkulationsbereichen Krankenhaus-IK: Name des KH: Ort des KH: Kostenstellengruppe 10 (Labor) | 5 | | bitte markieren (X) | | | |
|---|-----------------------------------|--|---------------------|-----------------|--------------|--|
| Lassen Sie Leistungen, die der Kostenstellengruppe 10 (La zuzuordnen sind, extern erbringen? | bor) | nein ja, vollständig ja, teilweise | bitte markieren (x) | | | Für den Fall, dass Sie Laborleistungen teilweise extern erbringen lassen, geben Sie bitte die Teilbereiche und das ungefähre Kostenvolumen (insgesamt) in Euro an. |
| Bei teilweiser externer Leistungserbringung: Eigenständige (direkte) Kostenstellen im Bereich der Koste | nstellengruppe 10 (La | , | | | | |
| Bitte berücksichtigen Sie die Kostenstellen der Laboratorier Kostenstelle (aussagekräftiger Name) | n nach den Vorgaben Hauskatalog* | DKG-NT | | eistungsdokumen | Beschreibung | Bitte geben Sie an, welche (direkten) Kostenstellen Sie in der Kostenstellengruppe 10 (Labor) angelegt haben und nach welchem Schlüssel Sie im Rahmen der Kostenträgerrechnung Kosten auf die Patienten verteilen. |
| Externe Leistungserbringung / Fremdvergabe | | | | | | * bei Hauskatalog und sonstige ist zwingend eine kurze Beschreibung (des Vorgehens) anzugeben. |

Wenn Sie nur wenige, einzelne Leistungen mit gelingem Kostenvolumen durch Dritte erbringen lassen, sind keine Angaben erforde

| | Umfa | ing | Kosten- | | |
|----------------------------------|-------------|-------------------|---------------|-------------|--|
| Bereiche | Vollständig | Teil- bereiche | volumen (ca.) | Anmerkungen | |
| Dialyse | | | | | |
| OP | | | | | |
| Kardiologie | | | | | |
| Endoskopie | | | | | |
| Apotheke | | | | | |
| Kinderarzt im Neugeborenenzimmer | | | | | |
| Sterilisation | | | | | |
| Physiotherapie | | | | | |
| Externe Konsile | | | | | |
| sonstige | | · | · | | |

Bitte geben Sie an, wenn Sie Leistungen in größerem Umfang extern erbringen lassen. Geben Sie bitte an, ob Sie die Leistungen der Kostenstelle vollständig oder teilweise durch Externe erbringen lassen.

Bitte schätzen Sie das dazugehörige Kostenvolumen ab. Besonderheiten führen Sie bitte in der Spalte "Anmerkungen" auf. Weitere Kostenstellen können Sie der Tabelle bei Bedarf unten anfügen.

| Krankenhaus-IK: | 0 |
|-----------------|---|
| Name des KH: | 0 |
| Ort des KH- | 0 |

Kostenstellengruppe 2 (Intensivstation)

| Das Krankenhaus hat keine Intensivbetten: | | Bitte markieren (X), wenn Sie keine Intensivbetten haben. |
|---|--|--|
| | | |
| Summe der Intensivstunden | | Bitte geben Sie die Summe der Intensivstunden und die Summe der gewichteten Intensivstunden für alle Fälle, die Leistungen auf Kostensteller |
| Summe der gewichtete Intensivstunden | | der Kostenstellengruppe 2 (Intensivstation) erhalten haben, an. |

Häufig werden intensivbehandlungspflichtige Patienten nicht auf einer separaten Intensivstation (mit eigenem FAB-Schlüssel nach § 301 SGB V), sondern in entsprechenden Intensivbetten auf den Stationen behandelt. Bitte geben Sie in den beiden folgenden Tabellen <u>alle</u> Stationen mit Intensivbetten (auch reine Intensivstationen sowie Stroke Units), den FAB-Schlüssel nach § 301 SGB V (4-stellig) und die Anzahl der Intensivbetten auf diesen Stationen an. Markieren Sie bitte in Spalte 5 bzw. Spalte 5 a oder 5b, ob Sie für diese Betten die Mindestmerkmale des Kodes der Intensivbetten erbitten wir unabhängig von der Tatsache, ob diese Betten auch als Intensivbetten im entsprechenden Krankenhausplan aufgeführt werden.

Die Angabe folgt vielmehr der Anforderung des Kalkulationshandbuchs, nach der sich der erhöhte Aufwand der Intensivbetreuung in der Kalkulation in der Kostenstellengruppe 2 (Intensivstation) niederschlagen muss.

Bitte übermitteln Sie weiter die für die Kalkulation dieser Kostenstelle verwendete Summe der Intensivstunden (gewichtet / ungewichtet), und weisen Sie die Kosten der unten aufgeführten Kostenartengruppen und die Gesamtkosten der jeweiligen Station aus. Kostenangaben nach Durchführung der Personalkostenverrechnung und nach IBLV.

Bitte füllen Sie Spalte 6 ausschließlich, wenn Sie die Mindestmerkmale lediglich in einem Zeitabschnitt des Jahres 2011 erfüllt haben. Bitte geben Sie an dieser Stelle den Zeitabschnitt an, in dem Sie die Mindestmerkmale des jeweiligen Komplexkodes erfüllt haben (z.B. Mai-Dezember). Bei Bedarf können die Tabellen durch das Anfügen zusätzlicher Zeilen verlängert werden.

| | | | | | | | | | | Kos | ten der Kostenstelle | e in | | |
|--|----------------------------------|------------------|-----------------|---|----------------|---|-------------------------------|-------------------------------|---|---|--|--|--|-------------------|
| Station/Kostenstelle (im Klartext - z.B. Neonatolgie, Chirurgische Intensiveinheit,) | FAB- Schlüssel (4-stellig) | Anzahl Betten | Anzahl Fälle | Mindestmerk-male OPS-Kode 8-980 erfüllt? Bitte markieren (X) | nur erfüllt im | Summe gewichtete Intensiv- stunden | Summe Intensiv- stunden | Kostenarten- gruppe 1 (ÄD) | Summe Kostenarten- gruppen 2 + 3 (PD) + (FTD) | Kostenarten- gruppe 4a (Gemeinkosten Arzneimittel) | Kostenarten- gruppe 6a (Gemeinkosten med. Bedarf) | Kostenarten- gruppe 7 (med. Infra) | Kostenarten- gruppe 8 (nicht med. Infra) | Gesamt- kosten |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 \ | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | | | | | | | | | | | | / | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 3 1 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| _ | | | | | | | | | | | | | | • |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| _ | | | | | | | J | | | | | | | • |
| | | | | | | \sim \sim | 7 | | | | | | | |

| Intensivbetten zur Behandlung des akuten Schlaganfalls (Stroke Units | Intensivbetten zur Be | ehandlung des | akuten Schlag | anfalls (Strol | e Units |
|--|-----------------------|---------------|---------------|----------------|---------|
|--|-----------------------|---------------|---------------|----------------|---------|

| Krankenhaus hat keine Intensivb | etten zur Behandl | ung des akuten : | Schlaganfalls: | 1 |
|---------------------------------|-------------------|------------------|----------------|---|
| | | | | |

Bitte markieren (X), wenn Sie keine Intensivbetten zur Behandlung des akuten Schlaganfalls haben.

Bitte markieren Sie lediglich den OPS-Kode, der auf der jeweiligen Station regelhaft kodiert wird.

| | | | | | | | | | | | Kos | ten der Kostenstel | lle in | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|------------------|-----------------|--|-------|---|---|----------------------------|-------------------------------|---|---|--|--|--|-------------------|
| Station/Kostenstelle (im Klartext) | FAB- Schlüssel (4-stellig) | Anzahl Betten | Anzahl Fälle | Mindestmerkmale des OPS erf Bitte markiere | üllt? | Mindestmerkmale nur erfüllt im Zeitabschnitt: | | Summe Intensiv- stunden | Kostenarten- gruppe 1 (ÄD) | Summe Kostenarten- gruppen 2 + 3 | Kostenarten- gruppe 4a (Gemeinkosten Arzneimittel) | Kostenarten- gruppe 6a (Gemeinkosten med. Bedarf) | Kostenarten- gruppe 7 (med. Infra) | Kostenarten- gruppe 8 (nicht med. Infra) | Gesamt- kosten |
| | | | | 8-981 | 8-98b | | | | | (PD) + (FTD) | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5a | 5b | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Ergänzende Angaben zu den übrigen diagnostischen und therapeutischen Bereichen

| Krankenhaus-IK: | 0 |
|-----------------|---|
| Name des KH: | 0 |
| Ort des KH: | 0 |

Bitte geben Sie an, welche (direkten) Kostenstellen Sie in der Kostenstellengruppe 11 (übrige diagnostische und therapeutische Bereiche) zugeordnet haben und welches Kostenvolumen den einzelnen Kostenstellen (nach Personalkostenverrechnung und vor IBLV) zugeordnet wurde. Bitte prüfen Sie Ihre Angaben auf vollständige Nennung der relevanten Kostenstellen (vgl. Anlage 6, Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten Version 3.0). Bitte geben Sie die Anzahl der zugeordneten Vollkräfte nach der Anpassung der Vollkräftestatistik an.

Bitte füllen Sie die Tabellen ohne Leerzeilen und achten Sie insbesondere auf einen aussagekräftigen Namen für die einzelnen Kostenstellen.

| Name der Kostenstelle (Aussagekräftiger Name) | Kostenvolumen in Euro | Anzahl der zugeordneten Vollkräfte des Ärztlichen Dienstes zur Kostenstelle |
|--|-----------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Achtung: Das unten aufgeführte Feld füllt sich automatisch (Formel).

Summe der Kosten

| Ausgewählte direkte Kostenstellen d Kostenstellengruppe 11 | |
|---|------|
| Allergologie | |
| Ambulanz | |
| Audiologie | |
| Bäderabteilung | |
| EG | |
| KG \ | |
| Elektrophysiologie | |
| EMG | |
| ergotherapie | |
| ESWL, Lithotripter | |
| unktionsdiagnostik | |
| Hoehdruckambulanz | |
| nhalation | |
| | |
| Kinderchirurgische Sprechstunde Klinische Psychologie | |
| | |
| Krankengymnastik | |
| Kreislauflabor | |
| aparoskopie | |
| asertherapie | |
| ichttherapie | |
| ungenfunktionsdiagnostik | |
| Manometrielabor | |
| Massage | |
| Notfallambulanz | |
| Ophthalmologie | |
| Phlebologie | |
| Phoniatrie | |
| Physikalische Therapie | |
| Poliklinik | |
| Proktologie | |
| Rettungsstelle | |
| Rhythmologie | |
| Schmerzambulanz | |
| Schrittmachersprechstunde | |
| Sehschule | |
| Sonographie | |
| Sprachtherapie | |
| Stomatherapie | |
| Tumosprechstunde | |
| Jrodynamik | |
| Zentrale Aufnahmestelle (Untersuch | ıng, |
| Diagnostik - nicht bettenführend) | - |

| | | ¥ | |
|------------|-----------|---------------|--------|
| Ergänzende | Angahan 7 | um Arztlicher | Dianet |

| Krankenhaus-IK: | 0 |
|-----------------|---|
| Name des KH: | 0 |
| Ort des KH: | 0 |

Ärzte in freier Mitarbeit

bitte markieren (X) Im Krankenhaus sind keine Ärzte in freier Mitarbeit tätig.

In welchen Abteilungen / Funktions-bereichen sind Ärzte in freier Mitarbeit

| | | | bitte mari | (A) |
|---------|-----------|----------------------|------------|------------|
| Bereich | Anzahl VK | Kostenvolumen (€) | KoArtGr 1 | KoArtGr 6b |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Bitte markieren (X), wenn Sie keine Ärzte in freier Mitarbeit

Bitte geben Sie an, in welchen Abteilungen und Funktionsbereichen Ärzte in freier Mitarbeit tätig sind, wie hoch der Umfang des Kostenvolumens in EUR und der Tätigkeit dieser Ärzte in Vollkräften (VK) ist. Bitte geben Sie darüber hinaus an (X), ob Sie die Ärzte als Sach(Einzel-) kosten oder als Personalkosten ärztlicher Dienst in die Kalkulation mit einbeziehen. Bei Bedarf können die Tabellen durch das Anfügen zusätzlicher Zeilen verlängert werden.

bitte markieren (X)

Krankenhaus hat mit keinen Belegärzten Honorarverträge geschlossen:

In welchen Abteilungen / Funktions-bereichen sind Belegärzte mit Honorarvertrag tätig?

| Bereich | FAB-Schlüssel gemäß § 301 SGB V (4-stellig) | Anzahl Fälle | abgegrenztes Kostenvolumen (€) |
|---------|---|--------------|--------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Bitte markieren (X), wenn Sie mit keinen Belegärzten Honorarverträge gemäß § 121 Abs. 5 SGB V und § 18 Abs. 3 KHEntgG geschlossen haben.

Bitte geben Sie an, in welchen Abteilungen und Funktionsbereichen Belegärzte mit Honorarvertägen tätig sind und wie hoch die Anzahl der gem. § 18 Abs. 3 Satz 1 SGB V abzurechnenden Fälle ist.

Kosten des Ärztlichen Dienstes in der Kostenstellengruppe 1 (Normalstation)

Bitte geben Sie die Kosten des ärztlichen Dienstes auf den einzelnen Kostenstellen der Kostenstellengruppe 1 (Normalstation) nach der Personalkostenverrechung an.

Spalte 1: Bitte geben Sie für jede Kostenstelle einen aussagekräftigen Namen an. Bitte stellen Sie sicher, dass anhand der Kostenstellenbezeichnung eine Identifikation des Fachbereichs möglich ist.

Spalte 2: Summe der Personalkosten für den ärztlichen Dienst dieser Kostenstelle.

Spalte 3: Bitte gehen Sie die Anzahl der zugeordneten Vollkräfte des ÄD zur Kostenstelle an. Bitte geben Sie die Anzahl der zugeordneten Vollkräfte nach der Anpassung der Vollkräftestatistik an.

Spalte 4: Summe der Pflegetage dieser Kostenstelle.

Achtung: In Spalte 5 bitte nichts eintragen. Spalte 5 füllt sich automatisch. Der Wert errechnet sich aus den von Ihnen eingetragenen Angaben.

Bitte füllen Sie die Tabelle ohne Leerzeilen.

| Kostenstelle (Aussagekräftiger Name) | Kosten Ärztlicher Dienst auf der Kostenstelle (nach Personalkostenverrechnung) | Anzahl der zugeordneten Vollkräfte (ÄD) zur Kostenstelle | FAB-Schlüssel gemäß § 301 SGB V (4-stellig) | Pflegetage der Kostenstelle | Kalkula- torischer Wert je Tag |
|---|--|---|--|--------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |
| | | | | | |

Achtung: Die unten aufgeführten Felder füllen sich automatisch

Summe Pflegetage

Bitte plausibilisieren Sie Ihre Ergebnisse vor dem Versand. Bitte überprüfen Sie die von Ihnen übermittelten kalkulatorischen Tageswerte.

10

Ergänzende Angaben zur PPR Krankenhaus-IK: 0 Name des KH: 0 Ort des KH: Kostenstellengruppe 1 (Normalstation) Leistungsdokumentation für die Kostenartengruppen 2, 4a und 6a Minutenwerte gem. PPR Bitte markieren Sie "Nein", wenn Sie in einigen liegen in allen Fachabteilungen und Stationen vor: bitte markieren (X) Fachabteilungen ein Alternativverfahren verwenden. Geben liegen in den folgenden Fachabteilungen nicht oder nur Sie desweiteren bitte die Fachabteilung (Name und/oder FABteilweise vor, als Alternativverfahren wird angewendet: Schlüssel nach § 301 SGB V) sowie eine stichwortartige bitte eintragen Beschreibung des Alternativverfahrens an. Fachabteilung (Name/Schlüssel nach § 301 SGB V) Alternativverfahren Dokumentation des Minutenwertes gem. § 6 Abs. 4 PPR Nein für gesunde Neugeborene bitte markieren (X) Dokumentation gem. § 6 Abs. 5 teilstationäre Versorg. Dokumentation gem. Abschnitt 3 Kinderkrankenpflege Verwenden Sie die von GKinD überarbeiteten PPR-Werte? Hochaufwendige Pflegeleistungen Es liegen keine Patienten mit hochaufwendiger Pflege i.S.d. Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) vor bitte markieren (X) Anzahl der kalkulierten Fälle mit Datenjahr 2011 Datenjahr 2010 Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) Die Erfassung des PKMS Nein liegt in allen relevanten Normalstationen vor: bitte markieren (X) Bitte markieren Sie "Nein", wenn in einigen relevanten Normalstationen keine Erfassung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) vorliegt. Geben liegt für folgende relevante Normalstationen nicht oder nur teilweise vor: Name der Kostenstelle Sie desweiteren bitte den Namen der Kostenstelle an. Bitte (Aussagekräftiger Name) stellen Sie sicher, dass der Name der Kostenstelle einen möglichen Behandlungsschwerpunkt widerspiegelt (z.B. Kostenstelle Innere 2 (Hämatologie)). Wie wurde die Erfassung des PKMS in Ihrer Einrichtung Bitte markieren Sie, ob die Erfassungsart "elektronisch und KIS-integriert manuell Sonstiges KIS-integriert", "manuell" oder "Sonstiges" für die überwiegend umgesetzt? (bitte erläutern überwiegenden Anzahl der Stationen zutrifft. Pflegesonderprogramm Liegt in Ihrer Einrichtung eine Vereinbarung mit den Krankenkassen zum Nein Pflegesonderprogramm gem. § 4 Abs. 10 KHEntgG für das Jahr 2011 vor? bitte markieren (X) Wurden von Ihrer Einrichtung Finanzmittel aus dem Pflegesonderprogramm in Anspruch genommen? bitte markieren (X) Wenn ja, bitte tragen Sie die Höhe (EUR) der in Anspruch genommenen Finanzmittel ein: 2009 2010 EUR 2011

| Ergär | zende Angaben zur PPR |
|---------|--|
| Kranke | enhaus-IK: |
| Name of | des KH: |
| Ort des | s KH: |
| Bit | te die farbig hinterlegten Angab |
| | Kurzbeschreibung des alternativen Doku |
| | |

0 en nur ausfüllen, wenn Sie die PPR gar nicht anwenden.

umentationssystems:

Das oben beschriebene Dokumentationssystem liegt in den folgenden Fachabteilungen nicht oder nur teilweise vor, als Alternativverfahren wird angewendet:

bitte eintragen

Fachabteilung (Name/Schlüssel nach § 301 SGB V) Alternativverfahren Bitte im hellgelb markierten Bereich nur Angaben eintragen, wenn Sie in allen Fachabteilungen des Krankenhauses Alternativverfahren zur PPR anwenden. Bitte geben Sie eine nachvollziehbare Beschreibung des/der Alternativverfahren(s)

Bitte füllen Sie folgende Tabelle entsprechend der oben gemachten Angaben aus:

Spalte 1: Bitte geben Sie einen aussagekräftigen Namen an. Bitte stellen Sie sicher, dass anhand der Kostenstellenbezeichnung eine Identifikation des Fachbereichs möglich ist.

Spalte 2: Summe der Pflegedienstkosten dieser Kostenstelle.

Spalte 3: Summe der PPR-Minuten dieser Kostenstelle.

Spalte 4: Bitte geben Sie an, welche(r) FAB-Schlüssel für Patienten dokumentiert sind (ist), die Leistungen dieser Kostenstelle empfangen haben (Mehrfachnennung möglich).

Spalte 5: Achtung, in Spalte 5 bitte nichts eintragen. Spalte 5 füllt sich automatisch. Der Wert errechnet sich aus den von Ihnen eingetragenen Angaben.

Spalte 6: Bitte geben Sie an, ob diese Kostenstelle (Station) eine bettenführende Aufnahmestation ist.

Bitte füllen Sie die Tabelle ohne Leerzeilen.

| Name Kostenstelle (Aussagekräftiger Name) | Gesamtkosten Pflegedienst der Kostenstelle | Summe PPR- Minuten der Kostenstelle | FAB-Schlüssel gemäß § 301 SGB V (4-ste!lig) | Ka!kulatorischer Minutenwert | Bettenführende Aufnahme- station bitte markieren (x) |
|--|--|---|--|---------------------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |
| | | | \ | | |
| | \sim | | | | |
| | | | | | |
| | | _ | | | |
| | | | | \rightarrow | |
| | \ | | | | |
| | | | /// | | |
| | | | | | |
| | \ \ \ | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | <u> </u> | | | | |
| | | | - | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | - | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | 1 | | |

Bitte geben Sie in dieser Tabelle für jede Kostenstelle, für die Sie Pflegeleistungen dokumentiert und kalkuliert haben, die insgesamt auf dieser Kostenstelle gebuchten Kosten sowie die insgesamt dokumentierten Leistungsminuten an. Bitte geben Sie auch an, welcher Fachabteilung die Kostenstelle zuzuordnen ist (FAB-Schlüssel nach § 301 SGB V). Bitte verwenden Sie aussagekräftige Namen für die Kostenstelle.

| Summe Kosten | 0 |
|-----------------------|---|
| Summe PPR-Minuten | 0 |
| Mittlerer Minutenwert | |

Achtung: Die oben aufgeführten Felder füllen sich automatisch (Formel).

Bitte plausibilisieren Sie Ihre Ergebnisse vor dem Versand. Bitte überprüfen Sie die von Ihnen übermittelten kalkulatorischen Minutenwerte. Dies gilt insbesondere bei eingefärbten Zellen in der Spalte 5 (Kalkulatorischer Minutenwert).

Anlage 1a der Kalkulationsvereinbarung: KGL_Informationen zur Kalkulationsgrundlage Datenjahr 2011

Ergänzende Angaben zur innerbetrieblichen Leistungsverrechnung

Krankenhaus-IK: 0
Name des KH: 0
Ort des KH: 0

| gewähltes Verfahren bei Durchführung der IBLV bitte markieren (X) | | | | |
|--|--|-----------------|-------------------------|--|
| Stufenleiter- Gleichungs- verfahren verfahren | | Anbauverfahren* | sonstige Vorgehensweise | |
| | | | | |

Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur

Summe der in den Kostenstellen direkt gebuchten Kosten (EUR)

vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung in der bitte eintragen

| Kostenartengruppe 1 (Personalkosten Arztlicher Dienst) | |
|--|--|
| Kostenartengruppe 2 (Personalkosten Pflegedienst) | |
| Kostenartengruppe 3 (Personalkosten FD/MTD) | |
| Kostenartengruppe 4 (Sachkosten Medikamente) | |
| Kostenartengruppe 5 (Sachkosten Implantate) | |
| Kostenartengruppe 6 (Sachkosten med. Sachbedarf) | |

Bitte markieren Sie, welches Verfahren Sie für die Kostenstellenverrechnung im Rahmen der IBLV verwendet haben. Sollten Sie weder das Gleichungs- oder Stufenleiterverfahren noch das Anbauverfahren verwendet haben, beschreiben Sie bitte unter "sonstige Vorgenensweise" die von Ihnen gewählte Methode stichwortartig.

* Bitte beachten Sie, dass das Anbauverfahren lediglich bei einer erstmaligen Teilnahme als Verfahren zur Durchführung der IBLV gewählt werden darf.

Je nach Kostenstellenstruktur können auf Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur Kosten der Kostenartengruppen 1-6 gebucht sein. Bitte geben Sie den Betrag in Euro an, der vor Durchführung der IBLV auf diesen Kostenstellen gebucht war.

Ergänzende Angaben zur innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (medizinische Infrastruktur)

Name des KH: Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel Ort des KH:

Bitte geben Sie in der nachfolgenden Tabelle an, welchen handbuchkonformen Verrechnungsschlüssel Sie im Rahmen der IBLV für die einzelnen Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur verwendet haben. Bitte geben Sie auch an, welches Kostenvolumen auf der entsprechenden Kostenstelle vor Durchführung der IBLV und vor Abgrenzung der nicht DRG-relevanten Kosten gebucht und wie hoch der Anteil der gebuchten Personalkosten am gesamten Kostenvolumen auf dieser Kostenstelle war.
Bitte prüfen Sie Ihre Angaben auf vollständige Nennung der relevanten Kostenstellen (vgl. Anlage 8, Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten Version 3.0).
Die von Ihnen verwendete Nummer der Kostenstelle können Sie angeben; die Angabe ist nicht zwingend erforderlich. Bitte verwenden Sie keine oder nur die von uns aufgeführten Abkürzungen für die verwendeten

| Nummer der Kostenstelle | Name der Kostenstelle | Kostenvolumen vor Durchführung der IBLV und vor Abgrenzung nicht DRG-relevanter Kosten (€) | verwendeter Schlüssel (Bitte verwenden Sie keine oder nur die von uns aufgeführten Abkürzungen) | Anteil gebuchter Personalkosten auf der Kostenstelle (in Prozent) | |
|----------------------------|-----------------------|--|---|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | $\overline{}$ | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | , | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | 3 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | - | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Summe Kosten | 0 |
|--------------|---|
| • | |

tung: Das oben aufgeführte Feld füllt sich matisch (Formel).

| Abkürzungen für ausgewählte Schlüssel | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|--|--|--|
| AG | Ausstattung Geräte | | | |
| AnzAS | Anzahl Anschlüsse | | | |
| AnzBst | Anzahl Bestellungen | | | |
| AnzBt\ | Anzahl aufbereitete Betten | | | |
| AnzDok | Anzahl bearb. Dokumente | | | |
| AnzLE | Anzahl Lagereinheiten | | | |
| ÀnzTr | Anzahl Transporte | | | |
| A\$t | Arbeitsstunden | | | |
| FZ\ \ | Failzahl | | | |
| Pat | betreute Patienten | | | |
| primÄD | primäre Personalkosten ÄD | | | |
| primGK | primäre Gemeinkosten | | | |
| primPD | primäre Personalkosten PD | | | |
| primPK | primäre Personalkosten | | | |
| primSK | primäre Sachkosten | | | |
| PT | Pflegetage | | | |
| StE | Sterilguteinheiten | | | |
| VK | Vollkräfte | | | |
| VKÄD | Volkräfte ÄD | | | |
| VKPD | Vollkräfte PD | | | |
| VM | Verbrauchsmenge | | | |

| | Ausgewählte Kostenstellen der |
|-------|---|
| | medizinischen Infrastruktur |
| | theke |
| | hekenlager |
| | iv Patientenakten |
| | liche Direktion |
| | enzentrale |
| | nfektion |
| | labor |
| | zimmer |
| | kenhaushygiene |
| Kran | kenhausseelsorge |
| Krar | kentransporte |
| | izinische Bibliothek |
| Med | izinischer Schreibdienst |
| Med | izinisches (Zentral-)Lager |
| | izinisches Controlling |
| Med | izintechnik |
| Milch | nküche (Neugeborene) |
| Orth | opädische Werkstatt |
| Patie | entenbetreuung |
| | gedienstleitung |
| | litätssicherung/-management |
| Sozi | aldienst |
| Steri | lisation (Fachabteilung) |
| Stral | hlenschutz |
| Vers | orgung Druckluft/Sauerstoff/Medizinischen Gas |
| Zent | ralsterilisation |

Ergänzende Angaben zur innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (nicht medizinische Infrastruktur)

| Krankenhaus-IK: | | |
|-----------------|--|--|
| Name des KH: | | |
| Ort des KH: | | |

Bitte geben Sie in der nachfolgenden Tabelle an, welchen handbuchkonformen Verrechnungsschlüssel Sie im Rahmen der IBLV für die einzelnen Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur verwendet haben. Bite geben Sie auch an, welches Kostenvolumen insgesamt auf der entsprechenden Kostenstelle war.

Aben. Bite geben Sie auch an, welches Kostenvolumen insgesamt auf der entsprechenden Kostenstelle vor Durchführung der IBLV und vor Abgrenzung der nicht DRG-relevanten Kostenstelle bedacht er Anteil der gebuchten Personalkosten am gesamten Kostenvolumen auf dieser Kostenstelle war.

Bitte prüfen Sie Ihre Angaben auf vollständige Nennung der relevanten Kostenstellen war.

Bitte prüfen Sie Ihre Angaben auf vollständige Nennung der relevanten Kostenstellen vor.

Die von Ihnen verwendete Nummer der Kostenstelle können Sie angeben, die Angabe ist nicht zwingend erforderlich. Bitte verwenden Sie keine oder nur die von uns aufgeführten Abkürzungen für die verwendeten

| | Verrechnungsschlüssel und l | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|--|---|--|---|
| Nummer der Kostenstelle | Name der Kostenstelle | Kostenvolumen vor Durchführung der IBLV und vor Abgrenzung nicht DRG-relevanter Kosten (€) | verwendeter Schlüssel (Bitte verwenden Sie keine oder nur die von uns aufgeführten Abkürzungen) | Anteil gebuchter Personalkosten auf der Kostenstelle (in Prozent) | |
| | | | | | Summe Kosten 0 |
| | | | | | Achtung: Das oben aufgeführte Feld füllt sich automatisch (Formel). |
| | | | | | Abkürzungen für ausgewählte Schlüssel |
| | | | | | AG Ausstattung Geräte |
| | | | | | AnzBst Anzahl Bestellungen |
| | | | | $\rightarrow \rightarrow $ | Anze Anzahl Essen gew. Anze Anzahl Lagereinheiten |
| | | | | | AnzTr Anzahl Transporte |
| | | | 2.5 | | ASt Arbeitsstunden |
| | | | | | BKT Beköstigungstage |
| | | | | | FZ Fallzahl GF Grundfläche (m²) |
| | | | | | KF Klimatisierte Fläche (m²) |
| | | | | | NF Nutzfläche (m²) |
| | | / / | | \ | primGK primäre Gemeinkosten |
| | | | | | primPK primäre Personalkosten |
| | | | | | primSK primäre Sachkosten PT Pflegetage |
| | | | | | RF Reinigungsfläche |
| | | | | | VK Vollkräfte |
| | | | | | VM Verbrauchsmenge |
| | | | | | W kg Wäsche |
| | | | | | |
| | | | | | Ausgewählte Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur |
| | | | | | Abfall/Entsorgung |
| | | ک | | | Außenanlagen |
| | | | | | Betriebsarzt |
| | | | | | Betriebsrat Controlling (Betriebswirtsch.) |
| | | | | | EDV/IT-Support |
| | | | | | Einkauf/Materialwirtschaft |
| | | | | | Finanzbuchhaltung |
| | | | | | Fuhrpark Gebäude |
| | | | | | Gebäudetechnik |
| | | | | | Grundstücke |
| | | | | | Innbertr. Transporte (außer Krankentransporte) |
| | | | | | Klima-/Lüftungszentrale Kosten-/Leistungsrechnung |
| | | | | | Krankenhausdirektion |
| | | | | | Küche |
| | | | | | Küche (Diät-) |
| | | | | | Patientenverwaltung Passenglahteilung |
| | | | | | Personalabteilung Reinigungsdienst |
| | | | | | Seminar-/Vortragsraum |
| | | | | | Spülküche |
| | | | | | Stromversorgung |
| | | | | | Verwaltung (allgemein) Wärmeversorgung |
| | | | | | Wäscherei, Schneiderei |
| | | | | | Wasserversorgung |
| | | | | | Werkstatt/Technik (allg.) |
| | | | | | Zentraler Schreibdienst |
| | | | | | Zentrallager |

G-DRG 15 nicht med. Infra

Ergänzende Angaben zur Personalkostenverrechnung

| Krankenhaus-IK: | 0 |
|-----------------|---|
| Name des KH: | 0 |
| Ort des KH: | 0 |

| gewähltes Verfahren für die Durchführung der Personalkostenverrechnung bitte markieren (X) | | | | | | Kostenvolumen |
|---|----------------------------|---------------------------------------|---|---|---|---|
| mitarbeiter- bezogene Zeiterfassung | Stellenplan- auswertung | Dienstplan- auswertung | Leistungs- statistiken* | Experten- schätzung* | sonstige* | (€) |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | mitarbeiter- bezogene | mitarbeiter- bezogene Stellenplan- | mitarbeiter- bezogene Stellenplan- Dienstplan- auswertung | bitte markieren (X) mitarbeiter- bezogene Stellenplan- bezogene auswertung auswertung statistiken* | bitte markieren (X) mitarbeiter- bezogene Stellenplan- Dienstplan- bezogene auswertung statistiken* schätzung* | bitte markieren (X) mitarbeiter- bezogene Stellenplan- Dienstplan- bezogene auswertung statistiken* schätzung* sonstige* |

Bitte markieren Sie, nach welchem Verfahren Sie die Personalkostenverrechnung durchgeführt haben und erläutern Sie Ihr Vorgehen bitte (kurz). Haben Sie verschiedene Verfahren angewendet, da Sie z. B. teilweise über eine mitarbeiterbezogene Zeiterfassung verfügen, geben Sie bitte in der Erläuterung an, für welche Teilbereiche Sie welches Verfahren angewendet haben. Schätzen Sie bitte das der Personalkostenverrechnung unterliegende Kostenvolumen ab.

Erläuterung:

Bitte plausibilisieren Sie Ihre Ergebnisse vor dem Versand. Diese Plausibilisierung kann z. B. anhand der Datei "Zusätzliche Leistungsinformationen (OP_AN)", möglicherweise vorliegenden Leistungsstatistiken und dem Abgleich mit Vorjahreswerten erfolgen.

Bitte erstellen Sie Ihre **Erläuterung** so, dass diese die Punkte:

- Kostenvolumen
- Datengrundlage
- Vorgehen (Stichworte)

beinhaltet.

^{*} bei Expertenschätzung, Leistungsstatistiken und sonstige ist zwingend eine Erläuterung anzugeben.