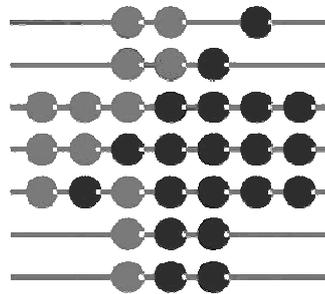


KALKULATION VON BEHANDLUNGSKOSTEN

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



InEK



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	Seite
Orientierung beim Lesen	
VORWORT	
1. MANAGEMENT SUMMARY	2
2. EINFÜHRUNG.....	5
2.1 Grundsätze der Kalkulationsmethodik	5
2.2 Voraussetzungen für die Ermittlung der Kosten.....	6
2.3 Übersicht über die zentralen Kalkulationsschritte.....	11
2.4 Inhalt und Aufbau des Kalkulationshandbuchs	12
3. ANWENDUNGSBEREICH DER KALKULATION	14
3.1 Relevanter Leistungsumfang	14
3.2 Relevante Behandlungsfälle.....	16
3.3 Relevanter Kostenumfang.....	18
3.4 Bezugszeitraum.....	19
4. VORBEREITUNG DER KALKULATIONSGRUNDLAGE	20
4.1 Aufbereitung der für die Kalkulation benötigten Daten.....	21
4.1.1 Fall- und tagesbezogene Daten	21
4.1.1.1 Medizinische Dokumentation.....	22
4.1.1.2 Leistungsdaten.....	23
4.1.2 Kostendaten.....	25
4.1.2.1 Abgleich der Kalkulationsgrundlage	25
4.1.2.2 Kostenarten- und Kostenstellengliederung.....	28
4.1.2.3 Einzel- und Gemeinkostenzurechnung	32
4.1.3 Verrechnungsschlüssel für die Kostenstellenverrechnung.....	34

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 Kostenstellengliederung	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.....	167
7.	DATENÜBERMITTLUNG.....	168
	ANLAGEN.....	171
	Anlage 1.1 PSY: Übersicht über die Kalkulationsschritte zur Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten.....	172
	Anlage 1.2 PSY: Checkliste – Zentrale Arbeitsschritte zur Ermittlung der Kosten	173
	Anlage 2 PSY: Übersicht der Abgrenzungstatbestände.....	177
	Anlage 3 PSY: Kostenstellen der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur	179
	Anlage 4.1 PSY: Zuordnung von Kostenarten zu Kostenartengruppen	181
	Anlage 4.2 PSY: Zuordnung von Kostenartengruppen zu Kostenarten	186
	Anlage 5 PSY: Übersicht über die für die Kostenträgerrechnung benötigten Kosten- und Leistungsdaten	190
	Anlage 6 PSY: Zuordnung von Kostenstellen zu Kostenstellengruppen	191
	Anlage 7 PSY: Kostenstellengliederung (gem. KHBV, erweiterte Mindestanforderung, empfohlene Gliederung)	193
	Anlage 8 PSY: IBLV-Verrechnungsschlüssel (Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur).....	197
	Anlage 9 PSY: IBLV-Verrechnungsschlüssel (Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur).....	198
	Anlage 10 PSY: Artikelliste für die Einzelkostenzuordnung	199
	Anlage 12 PSY: Zuordnung von Berufen zu den Kostenartengruppen 2 sowie 3 bis 3c	201
	Anlage 13 PSY: Beispiele für Modelle der Betreuungsintensität im Bereich Station.....	202
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	211
	STICHWORTVERZEICHNIS.....	214

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 zukommt. Dies betrifft nicht nur die Entwicklung von geeigneten klassifikatorischen Merkmalen, sondern ebenso die Methodik zur Kalkulation der für die Systementwicklung erforderlichen Kostendaten.

Auf Basis der zwischen den Selbstverwaltungspartnern abgestimmten Grundsätze hat das InEK eine Methodik zur Kalkulation der Behandlungskosten entwickelt und diese gemeinsam mit 17 Krankenhäusern im Rahmen des Prä-Tests überprüft und in der Praxis erprobt. Mit dieser Unterstützung und dem Sachverstand des InEK konnten die methodischen Ansätze präzisiert und an die Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung angepasst werden. Den Prä-Test-Krankenhäusern sei an dieser Stelle für ihren Einsatz und die wertvollen Hinweise herzlich gedankt.

Der Prä-Test hat gezeigt, dass die Methodik grundsätzlich in den Krankenhäusern umgesetzt werden kann. Aus methodischer Sicht stellt insbesondere der Tagesbezug der Kostenträgerrechnung eine besondere Herausforderung dar. Es ist uns bewusst, dass das Handbuch in Anbetracht der aktuellen Ausgangssituation in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für die erstmalige Umsetzung hohe Anforderungen stellt.

Die Selbstverwaltungspartner stimmen darin überein, dass das InEK mit dem vorliegenden Kalkulationshandbuch in der Version 1.0 eine fundierte Grundlage für den Einstieg in die Kalkulation vorgelegt hat. Die Methodik und die Anforderungen an die Kalkulationskrankenhäuser werden strukturiert dargestellt und ausführlich erläutert. Dem InEK sei an dieser Stelle für seine ausgezeichnete Arbeit gedankt. Interessierte Einrichtungen können mit den bereitgestellten Informationen prüfen, ob ihnen eine Teilnahme an der Kalkulation möglich ist. Die Selbstverwaltungspartner haben die Hoffnung, dass durch eine breite Beteiligung der Krankenhäuser ein solides Fundament für die Entwicklung des neuen Entgeltsystems geschaffen wird.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV)

Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)

1. Management Summary

Zweck der Kalkulation

Das Kalkulationshandbuch beschreibt im Sinne eines anwendungsorientierten Leitfadens die Methodik zur Kalkulation von Behandlungskosten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen gem. § 17d KHG (PSY-Einrichtungen). Die Behandlungskosten werden den einzelnen Behandlungstagen eines Behandlungsfalles zugerechnet. Die auf diese Weise erzielten Kalkulationsergebnisse dienen der Pflege und Weiterentwicklung des PSY-Entgeltsystems. Für die an der Erhebung von Kostendaten zur Weiterentwicklung des PSY-Entgeltsystems teilnehmenden Einrichtungen stellen die im Handbuch beschriebenen Kalkulationsverfahren eine verbindlich umzusetzende Vorgabe dar.

Methodische Grundsätze

Die Kostenzurechnung auf den Kostenträger „Behandlungstag eines Behandlungsfalles“ folgt einem Vollkostenansatz auf Istkostenbasis. Dabei werden alle Patienten, Leistungen und Kosten des Krankenhauses einbezogen, die nach den geltenden rechtlichen Bestimmungen unter den Vergütungsrahmen des PSY-Entgeltsystems fallen. Vom PSY-Entgeltsystem nicht erfasste Leistungs- und Kostenanteile sind aus der Kalkulationsbasis auszugliedern. Bezugszeitraum der Kalkulation ist ein abgeschlossenes Kalenderjahr (Datenjahr). Die für die Kalkulation verwendeten Kostendaten müssen sich aus dem testierten Jahresabschluss des Krankenhauses für das betreffende Datenjahr ableiten.

Die Kostenzurechnung auf den Kostenträger unterscheidet zwischen Einzelkosten und Gemeinkosten. Einzelkosten sind für teure Sachgüter entsprechend dem für den einzelnen Kostenträger dokumentierten Verbrauch, bewertet mit Anschaffungspreisen, zuzurechnen. Anlage 10 führt die in die Einzelkostenzurechnung einzubeziehenden Artikelgruppen auf. Die Gemeinkostenzurechnung erfolgt über Bezugsgrößen, die für definierte Leistungsbereiche nach Kostenarten differenziert vorgegeben sind (Darstellung in Anlage 5).

Vorgehensweise

Ausgangspunkt der Kalkulation sind die gemäß KHBV gegliederten Aufwandsarten in der Finanzbuchhaltung, die durch die Kostenstellenrechnung je Kostenstelle ausgewiesen werden. Die Gesamtkosten des Krankenhauses werden sowohl in der Kostenartenrechnung als auch in der Kostenstellenrechnung um Kostenanteile bereinigt, die nicht im Zusammenhang mit in das PSY-Entgeltsystem einbezogenen Leistungen stehen. Darüber hinaus ist ggf. durch Kostenumgliederungen eine Übereinstimmung zwischen dem für jede Kostenstelle ausgewiesenen Kosten- und Leistungsvolumen sicherzustellen.

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 Verbrauchsdokumentation zugerechnet. 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.

Vollkostenansatz auf Istkostenbasis

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

Die Kostenzurechnung auf den Kostenträger unterscheidet zwischen Einzelkosten und Gemeinkosten. Einzelkosten sind für teure Sachgüter entsprechend dem für den einzelnen Kostenträger dokumentierten Verbrauch, bewertet mit Anschaffungspreisen, zuzurechnen. Die Gemeinkostenzurechnung erfolgt auf der Grundlage vorgegebener Bezugsgrößen.

Unterscheidung zwischen Einzel- und Gemeinkosten

Anwendungsbereich

Die Kalkulation bezieht alle Patienten, Leistungen und Kosten des Krankenhauses ein, die nach den geltenden rechtlichen Bestimmungen unter den Vergütungsrahmen des PSY-Entgeltsystems fallen. Vom PSY-Entgeltsystem nicht erfasste Leistungs- und Kostenanteile sind aus der Kalkulationsbasis auszugliedern.

Beachtung der Kalkulationsrelevanz

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 Leistungsdaten (Dokumentation erbrachter Einzelleistungen wie z.B. Therapieeinheiten, Art und Anzahl diagnostischer Leistungen, Sachmittelverbrauch) erforderlich.

Die Datengrundlage umfasst fall- und tagesbezogene Daten, Kostendaten und Verrechnungsschlüssel

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 Minstdifferenzierung aufweisen muss.

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

Datenaufbereitung

Die dem Kostenträger zugerechneten Behandlungskosten werden unter einem Kostenarten- und Kostenstellenbezug zu Kostenmodulen zusammengefasst. Den modularen Ansatz des Kalkulationsschemas gibt Anlage 5 wieder. Die Kostenarten unterscheiden sich nach Personal-, Sach- und Infrastrukturkosten. Im Sachkostenbereich wird darüber hinaus nach Einzel- und Gemeinkosten differenziert. Auf der Kostenstellenebene werden die Leistungsbereiche des Krankenhauses in Gruppen zusammengefasst.

Die Behandlungskosten je Tag werden zu Kostenmodulen zusammengefasst

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.

Die Datenbereitstellung umfasst Behandlungskosten je Tag, ergänzende Falldaten und Informationen zur Kalkulationsgrundlage

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 (BPfIV) unterliegen. Im Hinblick auf eine erfolgreiche Teilnahme an der Kostenkalkulation sollten die Krankenhäuser die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen:

Checkliste des InEK beschreibt Anforderungen an die Kalkulationskrankenhäuser

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.

- EDV-gestützte Kostenstellenrechnung, wobei der Kostenstellenplan an der Mustergliederung der KHBV ausgerichtet sein und weitergehende Mindestanforderungen erfüllen muss. Die Kosten müssen auf den Kostenstellen nach Kostenarten gegliedert sein. Das EDV-System muss dabei Umbuchungen zwischen den Kostenstellen bzw. Kostenarten ermöglichen.
- Vorliegen einer EDV-gestützten Kostenträgerrechnung im Rahmen des Krankenhausinformationssystems.
- Einsatz EDV-gestützter Leistungserfassungssysteme bei den direkten Kostenstellen (im Rahmen des Krankenhausinformationssystems, ggf. auch Insellösungen) als Grundlage einer verursachungsgerechten und tagesbezogenen Zuordnung der Kosten zu den leistungsempfangenden 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 Verrechnungsschlüssel zur Durchführung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (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 Kostenverursachung, 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.
- Eine sorgfältige Dokumentation dient der Überprüfung des Vorgehens und stellt hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse sowie der weiteren Durchführung von Kalkulationen eine unabdingbare Voraussetzung dar. Insbesondere ist die Kongruenz zwischen Leistungs- und Kostendaten bei jeder Datenlieferung zu prüfen. Falls Abweichungen in der übermittelten Fallzahl und/oder beim übermittelten Kostenvolumen zwischen den einzelnen Korrekturlieferungen auftreten, sind diese zu dokumentieren und die Ursachen dafür zu ermitteln. Das Krankenhaus hat hierzu auf Anfragen des InEK Stellung zu beziehen.

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

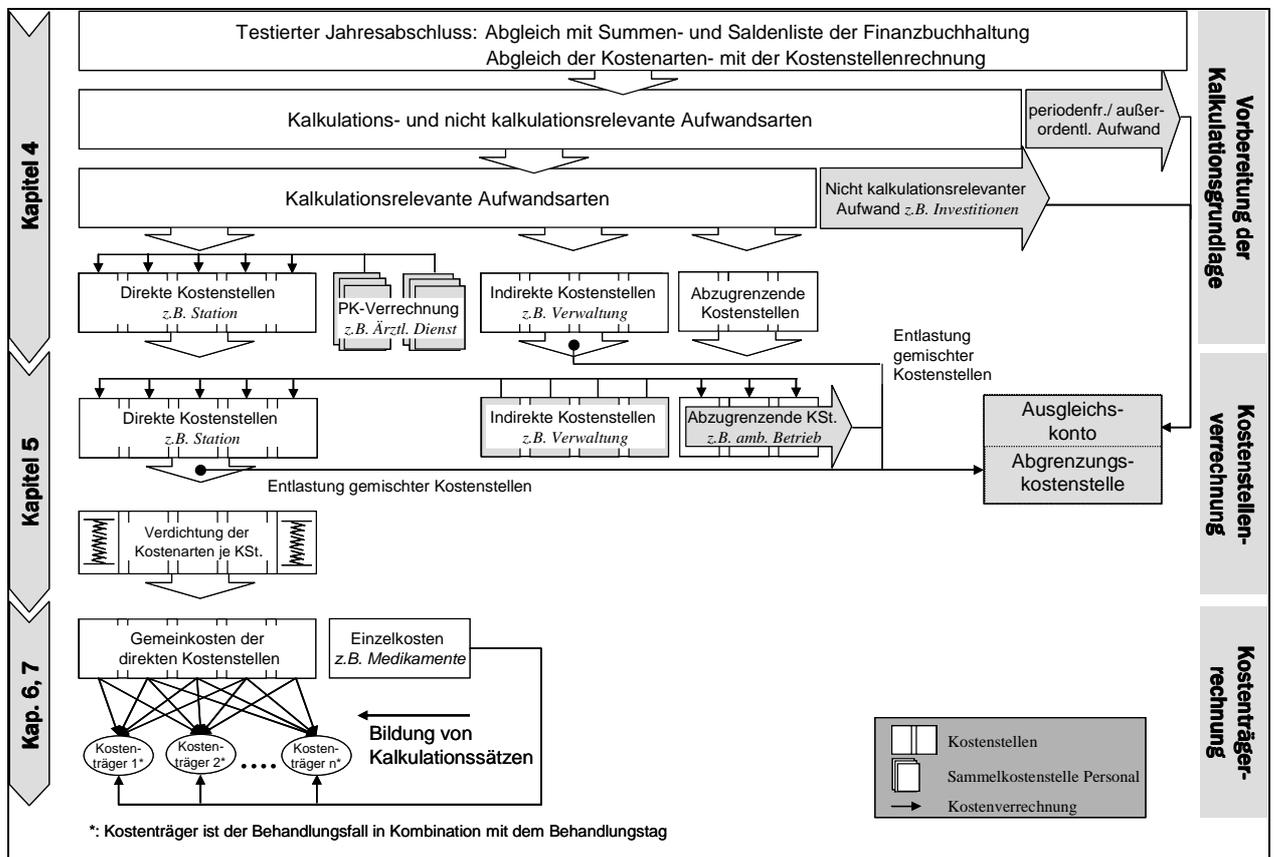
Checkliste zur Dokumentation			
Phase	Nr.	Kapitel	Beschreibung
Vorbereitung der Kalkulationsgrundlage	1.	3.2	Dokumentation der in die Kalkulation einbezogenen Patienten (Differenzierung nach Versorgungsart)
	2.	4.1.2.1	Kopie der Gewinn- und Verlustrechnung des letzten testierten Jahresabschlusses und eine Kopie der letzten Summen- und Saldenliste
	3.	4.1.2.1	Summen- und Saldenliste der Kostenstellen
	4.	4.1.2.1	Dokumentation der Buchungen auf die eingerichteten Ausgleichskonten
	5.	4.1.2.2	Kopie des Kontenplans und des Kostenstellenplans
	6.	4.2	Dokumentation der Vorgehensweise bei der Personalkostenverrechnung (einbezogene Kostenstellen, Grundlagen der Kostenverteilung wie Dienstpläne, Schätzungen etc., verrechnetes Kostenvolumen)
	7.	4.3	Dokumentation der von den nicht kalkulationsrelevanten Leistungen bereinigten Leistungsstatistik jeder direkten Kostenstelle
	8.	4.4.1.2	Dokumentation der Abgrenzung der periodenfremden und außerordentlichen Aufwendungen
	9.	4.4.1.3	Dokumentation der Abgrenzung von nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen aus der Zuführung zu Rückstellungen
	10.	4.4.1.4	Dokumentation der Abgrenzung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen
	11.	4.4.2.1	Kopie des Kostenstellenplans mit einer Kennzeichnung der direkten, indirekten, abzugrenzenden und gemischten Kostenstellen
	12.	4.4.2.3	Dokumentation der Vorgehensweise bei der Ausgliederung nicht kalkulationsrelevanter Aufwendungen auf gemischten Kostenstellen (verwendete Daten und Unterlagen, festgestellter nicht kalkulationsrelevanter Leistungsanteil, abgegrenztes Kostenvolumen)
	13.	4.4.2.3	Ggf. Dokumentation der Vorgehensweise bei der Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen für Forschung und Lehre
	14.	4.4.4	Ggf. Dokumentation der Vorgehensweise bei der Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen für Ausbildungsstätten und Ausbildungsmehrvorgängen

Phase	Nr.	Kapitel	Beschreibung
Kostenstellenverrechnung	15.	5.1.1	Kopie des Kontenplans mit Angabe der jeder Kostenart zugeordneten Kostenartengruppe
	16.	5.1.2	Dokumentation der Vorgehensweise bei der Entlastung von Sammelkostenstellen (einbezogene Kostenstellen, Grundlagen der Kostenverteilung, verrechnetes Kostenvolumen)
	17.	5.1.3	Ggf. Dokumentation von eingerichteten Verdichtungskostenstellen
	18.	5.2.2	Summen- und Saldenliste der Kostenstellen vor und nach der Durchführung der Kostenstellenverrechnung über IBLV
	19.	5.2.2	Aufstellung der für die einzelnen indirekten Kostenstellen verwendeten Verrechnungsschlüssel
	20.	5.3	Summen- und Saldenliste der abzugrenzenden Kostenstellen jeweils vor und nach der Entlastung
Kostenträgerrechnung	21.	6.1	Dokumentation der Vorgehensweise bei der Einzelkostenzurechnung (einbezogene Artikel/Artikelgruppen, den Patienten zugerechnetes Kostenvolumen, Entlastungsvolumen der Kostenstellen, Verbrauchsdokumentationen, ggf. angewendete KVMs)
	22.	6.2	Kopie des Kostenstellenplans mit Angabe der jeder direkten Kostenstelle zugeordneten Kostenstellengruppe
	23.	6.4	Dokumentation der Kalkulationsverfahren je Kostenstelle (Statistiken zu den verwendeten Bezugsgrößen, wie dienstartbezogene Summe gewichteter Pflgetage, dienstartbezogene Summe Leistungszeiten oder Leistungspunkte, beifügen)

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	Kapitel
➤ Aufbereitung der für die Kalkulation benötigten Daten (fall- und tagesbezogene Daten, Kostendaten, IBLV-Verrechnungsschlüssel)	4.1
➤ Personalkostenverrechnung	4.2
➤ Ermittlung der kalkulationsrelevanten Leistungen	4.3
➤ Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten: Arbeiten im Rahmen der Kostenarten- und Kostenstellenrechnung	4.4
➤ Kostenstellenverrechnung	5
➤ Differenzierung der Kostenstellengliederung	6.2
➤ Durchführung der Kostenträgerrechnung (Einzelkosten und Gemeinkosten)	6.4

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.

Kapitel 4 befasst sich ausführlich mit den vorbereitenden Arbeiten, die der Schaffung der Kalkulationsgrundlage dienen. Neben einer Beschreibung der benötigten Daten werden erforderliche Abgleiche insbesondere zwischen der Summen- und Saldenliste der Finanzbuchhaltung und dem testierten Jahresabschluss sowie der Kostenarten- mit der Kostenstellenrechnung dargestellt. Die Personalkostenverrechnung bildet einen weiteren zentralen Schritt bei der Datenaufbereitung. Darüber hinaus wird detailliert auf die Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten und Leistungen eingegangen. Dabei wird auf der Kostenartenebene die Vorgehensweise bei der Ausgliederung nicht kalkulationsrelevanter Aufwendungen gezeigt, während mit der Ermittlung der

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 Bezugsgrößen 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:

Der Aufbau des Kalkulationshandbuchs soll das Verständnis der Methodik und eine gute Umsetzbarkeit der Kalkulation fördern. Die Gliederung orientiert sich weitestgehend an der chronologischen Abfolge der Arbeitsschritte im Verlauf der Kalkulation. Den Kapiteln zur Vorbereitung der Kalkulationsgrundlage, Kostenstellenverrechnung und Kostenträgerrechnung (Kap. 4 bis 6) sind jeweils eine Übersichtsgrafik und die wesentlichen Arbeitsschritte vorangestellt, die einen Überblick über die durchzuführenden Arbeiten und den Stand der Kalkulation geben. In den jeweiligen Schlusskapiteln wird eine Checkliste aufgeführt, die dem Anwender ein Abarbeiten der Kalkulationsschritte und eine Überprüfung der durchgeführten Arbeiten erleichtert. In Anlage 1.2 ist die gesamte Checkliste zur vollständigen Durchführung der Kalkulation dargestellt.

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 befinden 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

Gemäß § 17d KHG werden mit den pauschalierten Entgelten des PSY-Entgeltsystems die **allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen** für einen Behandlungstag abgegolten. Ausgenommen hiervon sind Leistungen, die in somatischen Einrichtungen nach § 17b KHG erbracht werden. Nach § 2 Abs. 1 BpflV sind unter dem Begriff „Krankenhausleistung“ insbesondere die ärztliche Behandlung, die Krankenpflege, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln (soweit für die Versorgung im Krankenhaus erforderlich) sowie Unterkunft und Verpflegung zusammengefasst.

Kalkulationsrelevant sind die voll- und teilstationären Krankenhausleistungen

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.

Vor- und nachstationäre Leistungen werden nicht berücksichtigt

Krankenhausleistungen gliedern sich in allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind (§ 2 Abs. 2 BpflV). Wahlleistungen sind andere vom Krankenhaus erbrachte stationäre Leistungen (vgl. hierzu § 7 BpflV). Sie sind durch den Vergütungsumfang des PSY-Entgeltsystems nicht abgedeckt. Gleiches gilt für die Leistungen für Begleitpersonen, deren Mitaufnahme in das Krankenhaus nicht medizinisch begründet ist.

Die folgende Tabelle führt kalkulationsrelevante und nicht kalkulationsrelevante Leistungen entsprechend dem für Krankenhäuser geltenden Leistungsrecht auf. Der Umfang der in die pauschalierende Vergütung einzubeziehenden Leistungen ergibt sich in erster Linie aus § 17d KHG. Diese Leistungen sind in der Tabelle als „kalkulationsrelevant“ gekennzeichnet. Daneben sind laut Gesetz verschiedene Leistungen auf ihre Integration in das pauschalierende Vergütungssystem zu prüfen oder aber von vornherein mit einem Zuschlag außerhalb der Pauschalierung versehen. Diese Leistungen sind als nicht kalkulationsrelevante Leistungen dennoch in der Kalkulation zu berücksichtigen und deren Kosten zu übermitteln. Für die übrigen als nicht kalkulationsrelevant gekennzeichneten Leistungen bestehen Vergütungsregelungen außerhalb des hier betrachteten Rahmens, sie sind daher nicht in die Kalkulation einzubeziehen.

Tabelle 2: Kalkulationsrelevanz von Krankenhausleistungen

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

Darüber hinaus sind weitere Abgrenzungstatbestände zu berücksichtigen, die mit wirtschaftlichen Aktivitäten des Krankenhauses außerhalb der Krankenversorgung in Verbindung stehen. Nähere Erläuterungen dazu und zur Vorgehensweise bei der Kostenausgliederung enthält Kapitel 4.4.

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

Kostenträger im Sinne dieses Kalkulationsschemas ist der einzelne Behandlungstag eines Behandlungsfalles, der unter den Vergütungsumfang des PSY-Entgeltsystems fällt. Damit werden den Falldatensätzen aller Patienten, die kalkulationsrelevante Leistungen im Krankenhaus empfangen haben, die dafür entstandenen Kosten tages- und fallbezogen zugeordnet. Nicht kalkulationsrelevante Leistungen und deren Kosten werden in der Kalkulation grundsätzlich nicht berücksichtigt. Eine Ausnahme bilden diejenigen nicht kalkulationsrelevanten Leistungen, deren Kosten kalkuliert und übermittelt werden sollen (vgl. Tabelle 2 in Kap. 3.1). Patienten, bei denen derartige nicht kalkulationsrelevante Leistungen erbracht wurden, werden ebenfalls in die Kalkulation einbezogen.

*Kostenträger sind
Behandlungstage der
Patienten im Vergü-
tungsumfang des PSY-
Systems*

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:

- ❗ Die Patientendatenbank des Krankenhausinformationssystems weist in einigen Krankenhäusern Falldatensätze auf, die keine validen Informationen enthalten. Solche Falldatensätze entstehen zum Beispiel durch das (unzulässige) Anlegen von Testpatienten in der produktiven Datenbank, durch die versehentliche Anlage von Falldatensätzen in der Patientenverwaltung oder durch Unregelmäßigkeiten beim Abgleich der Patientendatenbank des Krankenhausinformationssystems mit der Patientendatenbank eines Subsystems. Vor Durchführung der Kostenträgerrechnung ist die Patientendatenbank zu überprüfen und um nicht vollständige oder unplausible Datensätze zu bereinigen.

- ① 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.
- ① 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.
- ① 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 Kostenträgerrechnung 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 Pflage tage (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.

Kalkulationsrelevant sind Kosten, die in Zusammenhang mit der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen anfallen

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:

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

„Prinzip der zeitlichen Kongruenz“ von Leistungs- und Kostendaten

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:

Jahresüberlieger aus dem Vorjahr werden kalkuliert und übermittelt

- Alternative 1: Die Kosten werden für die gesamte Aufenthaltsdauer kalkuliert. Der Berechnung der Kosten für den auf das Vorjahr entfallenden Teil des Aufenthalts liegen die Kosten- und Leistungsdaten des Vorjahres zugrunde.
- 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.

Jahresüberlieger in das Folgejahr werden kalkuliert, jedoch nicht übermittelt

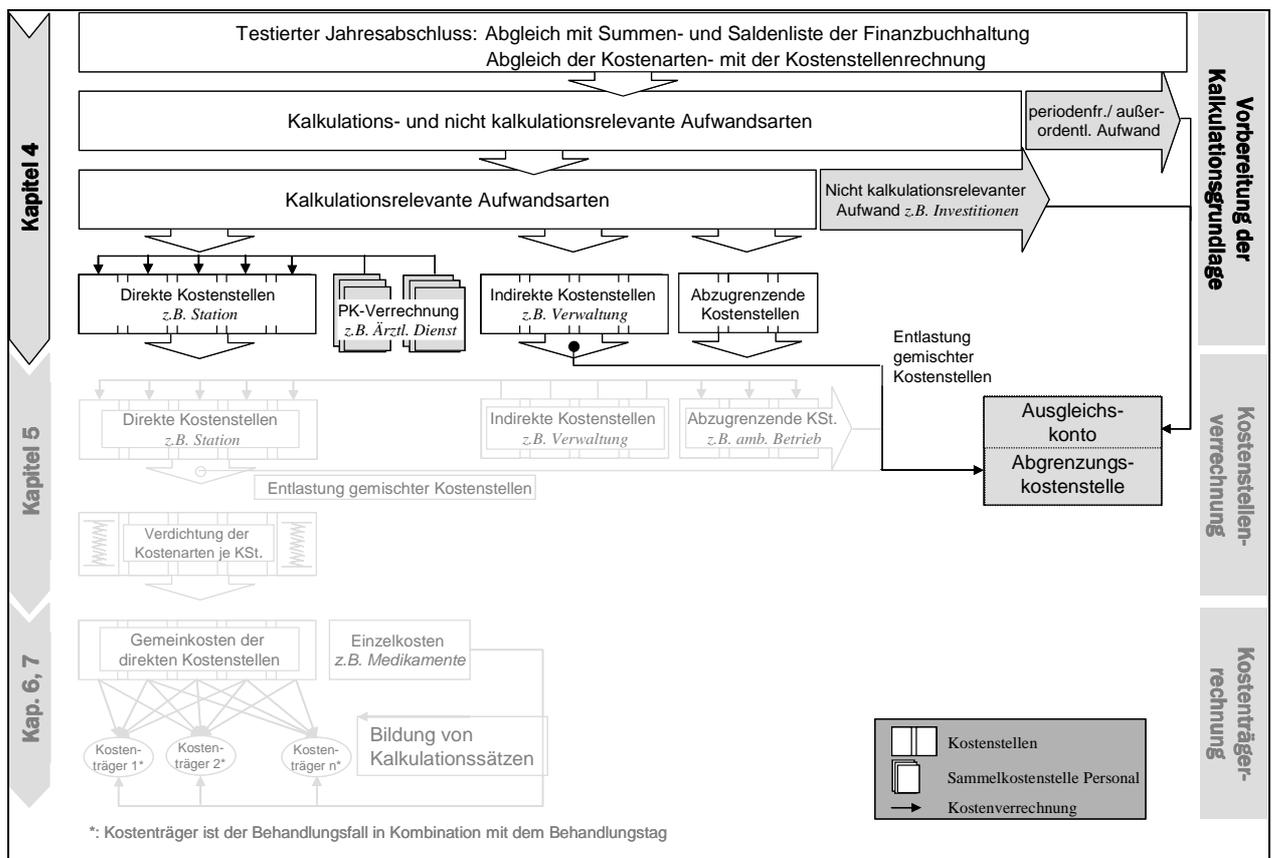
Hinweis:

- 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:	Kapitel
➤ Prüfung der verfügbaren Daten (fall- und tagesbezogene Daten, Kostendaten und Verrechnungsschlüssel) im Hinblick auf die für die Kalkulation geltenden Anforderungen	4.1.1 4.1.2 4.1.3
➤ Personalkostenverrechnung	4.2
➤ Ermittlung der kalkulationsrelevanten Leistungen	4.3
➤ Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten: Arbeiten im Rahmen der Kostenartenrechnung	4.4.1
➤ Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten: Arbeiten im Rahmen der Kostenstellenrechnung	4.4.2

4.1 Aufbereitung der für die Kalkulation benötigten Daten

Die Kalkulation baut auf Daten aus allen Bereichen des Krankenhauses auf. Vor diesem Hintergrund ist es empfehlenswert, in die Kalkulationsarbeiten Verantwortliche aus den Bereichen Medizin, Pflege, Verwaltung und Technik einzubinden. Besonderes Augenmerk sollte auf die Kongruenz von Daten gelegt werden, die in unterschiedlichen Bereichen entstehen und verwaltet werden, im Zuge der Kalkulation aber miteinander verknüpft werden. So können z.B. dem Patienten zugerechnete Kostenanteile in einem inhaltlichen Zusammenhang mit für den Patienten dokumentierten OPS-Kodes stehen.

4.1.1 Fall- und tagesbezogene Daten

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. Dafür ist es aus Gründen der Kalkulation zwingend erforderlich sämtliche Leistungsdaten mit einem Tages- und Fallbezug zu versehen. Wenn infolge von tagesbezogenen Leistungsdaten gesprochen wird, ist damit auch der Fallbezug gemeint.

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.

ICD- und OPS-Kodes können zur Plausibilisierung zugerechneter Kostenanteile herangezogen werden

Für einen Patienten dokumentierte ICD- und OPS-Kodes führen im Rahmen dieses Kalkulationsschemas nicht primär zu einer Kostenzuweisung auf den betreffenden Behandlungstag bzw. -fall. Sie bieten jedoch die Möglichkeit, die dem Patienten auf der Grundlage der Leistungs- und Verbrauchsdatenerfassung in den an der Behandlung beteiligten Kostenstellen zugerechneten Kosten im Hinblick auf die Kostenart, den Kostenumfang und die Vollständigkeit der Kostenzurechnung zu plausibilisieren. Ein einfaches Beispiel soll dies verdeutlichen.

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 Leistungsdokumentation geht hervor, dass die Einzeltherapie montags, mittwochs und freitags durchgeführt wurde. Daraus lässt sich für die Plausibilisierung der Kostendaten u.a. ableiten:

Für den Patienten müssen an den Tagen mit Einzeltherapie (d.h. Montag, Mittwoch, Freitag) Kosten der Kostenartengruppe 1 „Personalkosten ärztlicher Dienst“ in der Kostenstellengruppe 23 „Psychotherapie“ vorliegen. Da kein OPS-Kode zu Therapieeinheiten, die von Psychologen erbracht wurden, für diese Woche vorliegt und auch aus der internen Leistungsdokumentation keine weiteren von Psychologen erbrachten, direkt zuzuordnenden Leistungen hervorgehen, darf das Modul 23.3a (Psychotherapie/Personalkosten Psychologen) an keinem Tag dieser Woche Kosten enthalten. Da im Rahmen der Einzeltherapie neben den direkt zuzuordnenden Kosten für die Therapiesitzung selbst auch Zeitaufwand zum Beispiel für Therapieplanung entsteht, müssen in dieser Woche ebenfalls Kosten im Modul 21.1 (Station Regelbehandlung/Personalkosten ärztlicher Dienst) vorhanden sein.

Nach diesem – im dargestellten Beispiel vereinfachten – Schema können im kalkulierenden Krankenhaus u.a. anhand der dokumentierten OPS-Kodes bereits vor der Datenübermittlung Prüfungen im Hinblick auf die Plausibilität der Kostenzurechnung vorgenommen werden.

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 Verbrauchsdokumentation für teure Sachgüter deren Kosten als Einzelkosten zurechnen (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

Die Patientenbehandlung im Krankenhaus erfordert den Einsatz von Personal- und Sachmittelressourcen. Der Umfang der eingesetzten Ressourcen ist in jeder an der Patientenbehandlung beteiligten Kostenstelle für jeden einzelnen Behandlungstag eines Behandlungsfalles individuell zu erfassen. Anhand dieser Leistungsdaten werden die Kostenstellenkosten als Einzel- oder Gemeinkosten dem jeweiligen Patienten zugerechnet. Um eine Vergleichbarkeit der Kalkulationsergebnisse aus verschiedenen Krankenhäusern zu gewährleisten, werden die zu erfassenden Daten durch das Kalkulationschema im Einzelnen vorgegeben. Die nach Art und Menge zu dokumentierenden teuren Sachgüter für die Einzelkostenzurechnung beschreibt Kap. 6.1.1 in Verbindung mit Anlage 10. Für die Gemeinkosten sind Bezugsgrößen der Kostenzurechnung vorgegeben, die in Anlage 5 im Überblick dargestellt sind (nähere Erläuterungen dazu finden sich in Kap. 6.4).

Verbrauchsdaten dienen der fall- und tagesbezogenen Kostenzurechnung des Personal- und Sachmitteleinsatzes

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

- Fall- und Tagesbezug: Personal- und Sachmitteleinsatz sind fall- und tagesbezogen zu dokumentieren. Als Primärschlüssel dienen die aufenthaltsbezogene Fallnummer und das Datum zum Zeitpunkt des Ressourceneinsatzes. Diese verknüpfen in jeder Kostenstelle, die an der Patientenbehandlung beteiligt ist, die dort erbrachten Einzelleistungen des Personals bzw. die Sachmittelverbräuche mit dem entsprechenden Tag des individuellen Behandlungsfalles.

- **Vollständigkeit:** In den an der Patientenbehandlung beteiligten Kostenstellen ist eine nach Art und Menge der erbrachten Leistungen vollständige Dokumentation sicherzustellen. 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. Weiterhin ist die durchgängige Erfassung der Fallnummern aller in der jeweiligen Kostenstelle behandelten Patienten erforderlich.
- **Differenziertheit:** Die Leistungserfassung in den Kostenstellen muss eine differenzierte Abbildung des Personal- und Sachmitteleinsatzes je nach Art der erbrachten Leistung ermöglichen. Anlage 5 gibt daher fast ausschließlich gewichtete Bezugsgrößen für die Gemeinkostenzurechnung vor. Die Gewichtung muss den mit der Leistungserstellung verbundenen Umfang des Personal- und Sachmitteleinsatzes widerspiegeln.
- **Genauigkeit:** Die Leistungsdokumentation sollte den nach Art und Umfang für einen Patienten angefallenen Behandlungsaufwand erkennen lassen. Für die zu erfassenden Leistungseinheiten ist ein Zeitintervall zu bestimmen. Dabei ist zwischen dem Anspruch an Präzision und dem dafür entstehenden administrativen Aufwand abzuwägen. Daher sollte der Umfang eines Zeitintervalls nicht zu klein gewählt werden.

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

Zur Umsetzung der Kalkulationsvorgaben entsteht die Notwendigkeit, Kostenanteile zwischen Kostenarten bzw. Kostenstellen umzubuchen. Da die Finanzbuchhaltung zur Dokumentation der Geschäftsvorfälle des Krankenhauses dient, dürfen dort keine Buchungen im Rahmen der Kostenkalkulation durchgeführt werden. Daher ist die Einrichtung eines weiteren separaten Buchungskreises sinnvoll, in den die Daten des produktiven Buchungskreises kopiert werden. In dem neu eingerichteten Buchungskreis werden die im Rahmen der Kalkulation erforderlichen Buchungen durchgeführt. Alternativ könnte auch ein dem Produktivsystem entsprechendes Testsystem für die Ermittlung der Kosten genutzt werden, sofern dies in der eingesetzten EDV-Umgebung oder als externe Lösung vorliegt. Voraussetzung ist, dass die Daten der Finanzbuchhaltung aus dem produktiven System in das Testsystem kopiert werden.

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

Ausgangspunkt für die Kalkulation ist die (letzte) Summen- und Saldenliste der Finanzbuchhaltung, die der Erstellung des (testierten) Jahresabschlusses zugrunde gelegt wurde. Die in dieser Liste ausgewiesenen Aufwendungen der Kontenklassen 6 und 7 der KHBV müssen mit den entsprechenden Aufwendungen in der Gewinn- und Verlustrechnung des testierten Jahresabschlusses übereinstimmen. Ist dennoch eine Differenz festzustellen, sind Korrekturbuchungen in der Kostenartenrechnung durchzuführen. Dafür ist die Einrichtung eines Ausgleichskontos erforderlich. Das Ausgleichskonto nimmt die Gegenbuchung für den Ausgleich der Differenz auf.

Für evtl. Korrekturbuchungen ist die Einrichtung eines Ausgleichskontos erforderlich

Arbeitsschritte:

- Prüfen Sie, ob die in der letzten Summen- und Saldenliste ausgewiesenen Aufwendungen mit den in der Gewinn- und Verlustrechnung des Jahresabschlusses ausgewiesenen Aufwendungen übereinstimmen. Bei Übereinstimmung brauchen die nachfolgend aufgeführten Arbeiten nicht mehr vorgenommen zu werden.
- 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. Gleichen 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. Gleichen 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

Die Summe der in den Aufwandskonten der Finanzbuchhaltung ausgewiesenen Aufwendungen stimmt oftmals mit der Summe der Aufwendungen in der Kostenrechnung nicht überein. Einige Softwaresysteme sind beispielsweise so eingerichtet, dass Aufwandsbuchungen in der Finanzbuchhaltung auch ohne eine Belastung von Kostenstellen möglich sind. Weiterhin werden Buchungen im Rahmen der Jahresabschlussarbeiten auf den Aufwandskonten der Finanzbuchhaltung in der Kostenstellenrechnung nicht immer nachvollzogen.

Vor diesem Hintergrund ist ein Abgleich zwischen der Kostenartenrechnung (in der Finanzbuchhaltung) und der Kostenstellenrechnung erforderlich. Die Summe der in der Kostenstellenrechnung ausgewiesenen Aufwendungen muss unter Berücksichtigung der Einzelkosten, mit denen Kostenstellen nicht belastet wurden, mit der Summe der auf den entsprechenden Konten der Finanzbuchhaltung ausgewiesenen Aufwendungen übereinstimmen. Bei Feststellung einer Differenz sind Korrekturbuchungen in der Kostenstellenrechnung durchzuführen. Die Gegenbuchung für den Ausgleich der Differenz nimmt die Abgrenzungskostenstelle auf. Die Abgrenzungskostenstelle wird im Rahmen der Kostenkalkulation eingerichtet, um alle nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen zusammengefasst zu dokumentieren.

Vor Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten ist ein Abgleich zwischen Kostenarten- und Kostenstellenrechnung erforderlich

Für evtl. Korrekturbuchungen ist die Einrichtung einer Abgrenzungskostenstelle erforderlich

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 patientenbezogenen 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

Die krankenhausindividuelle Kostenstellengliederung ist am Muster-Kostenstellenplan der KHBV auszurichten. Dabei wird vorausgesetzt, dass die grundlegenden Kriterien der Kostenstellenbildung (einheitlicher Verantwortungsbereich, einheitliche Maßgrößen der Kostenverursachung, räumlich abgetrennter Bereich) Berücksichtigung finden. Die Kosten müssen auf den Kostenstellen nach Kostenarten gegliedert sein.

Die Umsetzung der in diesem Handbuch beschriebenen Kalkulationsschritte erfordert eine differenziertere Gliederung des Kostenstellenplans als durch die KHBV musterhaft vorgegeben. Diese differenziertere Gliederung ist als Mindestanforderung zu verstehen, da eine weniger differenzierte Kostenstellengliederung kein sachgerechtes, den Vorgaben dieses Handbuchs entsprechendes Kalkulationsergebnis erwarten ließe. Die gegenüber der KHBV erweiterte Mindestvorgabe konzentriert sich auf die Kostenstellen mit Leistungserbringung unmittelbar am Patienten. Die ausreichende Differenziertheit der Kostenstellenrechnung in diesem Bereich ist eine wesentliche strukturelle Voraussetzung zur Erzielung eines Kalkulationsergebnisses, das den unterschiedlichen Behandlungsaufwand der Patienten widerspiegelt. Voraussetzung für die Einrichtung der vorgegebenen Kostenstellen ist selbstverständlich das Vorliegen dieser Leistungsbereiche im jeweiligen Krankenhaus. Gleichzeitig ist eine tiefergehende Differenzierung entsprechend den strukturellen und organisatorischen Anforderungen jederzeit möglich.

Anlage 7 gibt – ausgehend vom Muster-Kostenstellenplan der KHBV (Spalte 1) – die obligatorische Mindestanforderung an die Kostenstellengliederung der Kalkulationskrankenhäuser vor (Spalte 2). Eine weitergehende Differenzierung im Sinne einer empfohlenen Mindest-Kostenstellengliederung enthält Spalte 3. Die Kostenstellen-Nummerierungen und -Bezeichnungen in den Spalten 2 und 3 sind als Vorschläge zu verstehen.

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

Darüber hinaus ist für jede Kostenstelle ihre Kategorisierung (vgl. Kap. 4.4.2) angegeben. Für indirekte Kostenstellen ist die Zugehörigkeit zur medizinischen bzw. nicht medizinischen Infrastruktur, für direkte Kostenstellen die Zuordnung zu einer Kostenstellengruppe (vgl. Kap. 6.2.1) aufgeführt. Kostenstellen mit Leistungserbringung vollständig ohne PSY-Bezug sind als abzugrenzende Kostenstellen gekennzeichnet.

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“).

Die in der KHBV-Gliederung mit Nummer 903 aufgeführte Kostenstelle „Nebenbetriebe“ gehört zu den abzugrenzenden Kostenstellen und sollte im Kostenstellenbereich 981 eingerichtet werden.

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:

- ❶ 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.
- ❶ Für die Kosten medizinischer Institutsleistungen, die entweder im Krankenhaus selbst durchgeführt oder durch externe Dritte erbracht werden können, ist zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit ein einheitlicher Kostenausweis erforderlich. Beauftragt ein Krankenhaus Dritte mit der Leistungserstellung (z.B. von Laboruntersuchungen, diagnostischen Leistungen), so sind die dafür angefallenen Kosten derjenigen Kostenstellengruppe zuzuordnen, in der auch bei Selbsterstellung der Leistung die Kosten ausgewiesen worden wären. Die in Rechnung gestellten Beträge werden dem betreffenden Patienten als Einzelkosten in Kostenartengruppe 6b zugeordnet.
- ❶ 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 krankenhaussinterne 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 Kostenstellenummer 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

Die in der KHBV-Gliederung mit Kostenstellenummer 930 aufgeführte „Allgemeine Kostenstelle“ wird in der kostenrechnerischen Praxis der Krankenhäuser eingerichtet, um kostenstellenübergreifende bzw. im Zeitpunkt der Buchung nicht eindeutig einer Kostenstelle zuzuordnende Kosten aufzunehmen. Diese Praxis kann jedoch zu Ungenauigkeiten in der Kalkulation führen. Aus diesem Grund wird die „Allgemeine Kostenstelle“ nicht als Mindestvorgabe in Anlage 7 ausgewiesen.

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.).
- ① 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

Einzelkosten

Einzelkosten sind dem 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. Kap. 6.1.1 und Anlage 10).

Einzelkosten werden dem Patienten direkt zugerechnet

Die Einzelkostenzuordnung hat für die Weiterentwicklung des PSY-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 Aufstellung von Einzelartikeln – geordnet nach Artikelgruppen –, 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.

Anlage 10 enthält eine Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenzuordnung

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-Entgeltsystems 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

Gemeinkosten sind Kosten, die dem Kostenträger nicht verursachungsgerecht zugeordnet werden können. Sie werden dem Patienten über die Kostenstellenrechnung und mit Hilfe von Kalkulationssätzen für Bezugsgrößen in der Kostenträgerrechnung zugerechnet.

Gemeinkosten werden über die Kostenstellenrechnung und mit Hilfe von Kalkulationssätzen für Bezugsgrößen in der Kostenträgerrechnung dem Fall zugerechnet

Den Gemeinkosten zuzuordnen sind die unechten Gemeinkosten. Hierbei handelt es sich um Kosten, die zwar grundsätzlich dem Patienten direkt zugerechnet werden könnten. Sie werden im Rahmen der Kostenrechnung jedoch wie Gemeinkosten behandelt. Ursache hierfür sind fehlende Datengrundlagen für eine direkte Zurechnung oder die geringe wirtschaftliche Bedeutung einzelner Artikel. Beispiele für unechte Gemeinkosten sind die Kosten für Verbrauchsmaterial im Bereich der Station.

Unter dem Begriff der kalkulationsrelevanten Gemeinkosten sind alle Gemeinkosten zusammengefasst, die in Zusammenhang mit der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen entstehen. Die unter Kapitel 3.1 genannten Ausnahmen sind dabei zu berücksichtigen.

Die Vorgehensweise bei der kostenträgerbezogenen Zuordnung von Gemeinkosten in ausgewählten Leistungsbereichen des Krankenhauses beschreibt ausführlich Kapitel 6.

Arbeitsschritte:

- Prüfen Sie anhand der Anlage 10 die verfügbaren Daten für die Einzelkostenzurechnung (Verbrauchsdocumentation 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, der 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 Kostenstellen. In die Personalkostenverrechnung sind ausschließlich folgende Personalkostenarten einzubeziehen:

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

An der Personalkostenverrechnung nehmen direkte Kostenstellen teil. Indirekte 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:

- § Die Ärzte der Abteilung „Allgemeine Psychiatrie“ erbringen therapeutische Leistungen für stationäre und ambulante Patienten, Betreuungsleistungen im Bereich der Station und sind zeitweise auch in der Forensik tätig. Die Personalkosten des Arztdienstes sind gesammelt der „Allgemeinen Kostenstelle“ der Abteilung zugeordnet. Im Zuge der Personalkostenverrechnung ist die „Allgemeine Kostenstelle“ von Personalkosten zu entlasten, indem diese den jeweiligen Kostenstellen (Therapie, Station, Ambulanz, Forensik) entsprechend dem Tätigkeitsanteil der Ärzte belastet werden.

In Abhängigkeit von der im Krankenhaus verfügbaren Datengrundlage bieten sich zwei alternative Verfahrensweisen für die Personalkostenverrechnung 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

Liegen Ergebnisse einer Zeiterfassung nicht oder nur für einen Ausschnitt der Tätigkeitsbereiche vor, können andere statistische Unterlagen (z.B. Stellenpläne, Dienstpläne, Leistungsstatistiken) als Grundlage einer Verteilung der Personalkosten herangezogen werden. Bei Fehlen entsprechender Statistiken ist eine Entlastung der Sammelkostenstellen auf Basis der geschätzten anteiligen Inanspruchnahme der Mitarbeiter in den einzelnen Kostenstellen vorzunehmen. In die Schätzung werden alle Arbeitszeiten der Mitarbeiter einbezogen, die für die Erfüllung ihrer Dienstaufgaben anfallen. Dazu zählen z.B. auch Bereitschaftsdienst- oder Rufdienstzeiten. Die Schätzung sollte möglichst in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern der betroffenen Bereiche vorgenommen werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Schätzungen die aktuellen Gegebenheiten im Krankenhaus widerspiegeln und nicht mit der (für die Kalkulation nicht relevanten) Frage nach der angemessenen personellen Besetzung in Verbindung gebracht werden.

Beispiel:

- ❖ Die Personalkosten der Ärzte der Abteilung „Psychosomatik“ in Höhe von 493.500 GE sind der Sammelkostenstelle „Allgemeine Kostenstelle Psychosomatik“ zugeordnet. Die Ärzte erbringen ihre Leistungen jedoch für verschiedene Kostenstellen: „Therapie“, „Station“, „Tagesklinik“ und „Ambulanz“.

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)

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

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 Vollzeitkräfte der Ambulanz wie folgt ermitteln:

$$5,00 / 211 * 44 = 1,04$$

Alle weiteren Vollzeitkräfte 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:

$$493.500 \text{ GE} / 5,00 * 0,71 = 70.166 \text{ GE}$$

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.

① Interne Konsile

Interne Konsile werden während des Krankenhausaufenthalts des Patienten von der versorgenden Fachabteilung bei den anderen Fachabteilungen angefordert. Dabei kann es sich auch um somatische Fachabteilungen desselben Krankenhauses handeln. Sie werden von im Krankenhaus angestellten Ärzten erbracht. Die mit den internen Konsilen in Verbindung stehenden Kosten des ärztlichen Dienstes werden im Rahmen der Personalkostenverrechnung berücksichtigt. Der Kostenverteilung werden hierbei die in jeder Fachabteilung dokumentierten Konsiliarleistungen für andere Abteilungen bzw. Leistungsbereiche zugrunde gelegt. Ggf. kann auch eine Schätzung herangezogen werden. Dabei sollte das Krankenhaus pragmatisch vorgehen und nur den „Saldo“ der zwischen den Abteilungen erbrachten Konsile berücksichtigen. Ein lediglich geringer Leistungsumfang kann vernachlässigt werden.

① 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.

① 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.

① 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 (Leiharbeiter) ein. Der Leiharbeiter ist vertraglich nicht bei dem Krankenhaus angestellt, sondern bleibt Mitarbeiter des Verleihunternehmens. In ers-

ter Linie sollen dadurch temporäre Auslastungsspitzen abgedeckt werden. Die Leiharbeitnehmer werden in die Arbeitsorganisation des jeweiligen 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: Leiharbeitnehmer werden in der Kalkulation hinsichtlich der von ihnen erbrachten Leistungen wie im Krankenhaus angestellte Mitarbeiter behandelt. Sie werden in gleicher Weise in die Personalkostenverrechnung einbezogen. Bei mitarbeiterbezogener Leistungserfassung (z.B. im Bereich Therapie) werden Leiharbeitnehmer in die Dokumentation einbezogen.

Kosten: Aufwendungen für Leiharbeitnehmer werden in der Finanzbuchhaltung 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 zugeordnet.

Einzelverträge über Honorartätigkeit

Situation: Das Krankenhaus schließt in erster Linie mit Ärzten oder Pflegekräften Einzelverträge über die Erbringung bestimmter Leistungen 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 Umfang 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 externer Mitarbeiter spezielle Leistungen für eine eindeutig definierbare Gruppe von Patienten erbringt (Beispiel: Ein Psychologe führt auf Anforderung gegen Honorar bestimmte Therapien bei Patienten mit einem 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 eine Berücksichtigung der Fremdpersonalkosten in der Kostenartengruppe 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 Kostenartengruppe 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 Diensten 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

Aufgrund der großen Bedeutung der Personalkostenverrechnung für die fall- und tagesbezogene Kalkulation sind deren Ergebnisse einer ständigen Plausibilisierung zu unterziehen. Keinesfalls sollten die Ergebnisse einer Schätzung oder Befragung ungeprüft übernommen werden. Die Grundlagen der Personalkostenverrechnung sind jährlich an die aktuellen Gegebenheiten im Krankenhaus (beispielsweise Änderungen der Organisationsstruktur, Auslastungsverschiebungen) anzupassen. Ergebnisse aus der Kalkulation des vorangegangenen Datenjahres dürfen daher nicht ungeprüft übernommen werden.

Das InEK prüft ebenfalls im Rahmen der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen das Ergebnis der Personalkostenverrechnung und gibt den Krankenhäusern Hinweise auf evtl. Auffälligkeiten. Diese Hinweise sind bei nachfolgenden Kalkulationsrunden zu beachten.

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

Station

- Die je Kostenstelle zu berechnenden Kostensätze der Bezugsgröße Pflage-tag (ärztlicher Dienst, Pflege-/Erziehungsdienst, Sozialarbeiter/Sozial-/Heilpädagogen, Spezialtherapeuten, medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst) weisen bei vergleichbarem Leistungs-/Patientenspektrum nur geringfügige Schwankungen auf. Auftretende deutliche Unterschiede im Leistungs- bzw. Patientenspektrum zwischen den Kostenstellen drücken sich dagegen auch in der Höhe der Kostensätze aus.

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 dienststartbezogen errechneten Kostensatz auf der Basis von durchschnittlichen Brutto-Personalkosten und Netto-Jahresarbeitszeit 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-

Für jede Kostenstelle ist der kalkulationsrelevante Leistungsanteil zu ermitteln

gen ist auch für die Kategorisierung der Kostenstellen von Bedeutung (vgl. dazu Kap. 4.4.2).

Der in einer Kostenstelle festgestellte nicht kalkulationsrelevante Leistungsanteil ist maßgebend für die Ausgliederung der für diese Leistungen angefallenen Kosten. In Abhängigkeit von der Kostenstellenkategorie ist der nicht kalkulationsrelevante Leistungsanteil bei der Bildung der Kosten- bzw. Verrechnungssätze einzubeziehen oder zuvor auszugliedern.

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:

- § Die Mitarbeiter der Kostenstelle „Medizinischer Schreibdienst“ erstellten im Datenjahr 7.500 Briefe für stationäre Patienten der Kostenstelle „Psychiatrie“ und 1.500 Briefe für ambulante Patienten der Kostenstelle „Ambulanz“. Im Zuge der Kostenstellenverrechnung werden die Kosten für sämtliche 9.000 Briefe, die von der Kostenstelle „Medizinischer Schreibdienst“ bearbeitet wurden, auf die anfordernden Kostenstellen verteilt. Dabei werden der Kostenstelle „Ambulanz“, die keine kalkulationsrelevanten Leistungen erbringt, die anteiligen Kosten der 1.500 für ambulante Patienten erstellten Briefe zugeordnet.

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:

- § Die Abteilung Ergotherapie erbringt sowohl Leistungen für stationäre Patienten als auch für eine benachbarte Reha-Klinik. Im Datenjahr wurden 5.700 Leistungen erbracht. Hiervon entfielen 3.500 Leistungen auf stationäre Patienten und 2.200 Leistungen auf Patienten der Reha-Klinik. Bei der Bildung des Kalkulationssatzes für die Kostenträgerrechnung dürfen nur 3.500 kalkulationsrelevante Leistungen berücksichtigt werden, die für stationäre Patienten erbracht wurden.

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).
- In der Kostenstellenrechnung: Zu Beginn der Arbeiten werden alle Kostenstellen nach ihrem Kostenträgerbezug und der Kalkulationsrelevanz der dort erbrachten Leistungen in Kategorien eingeteilt. Der für eine Kostenstelle festgestellte Anteil nicht kalkulationsrelevanter Leistungen dient als Grundlage für den auszugliedernden Kostenumfang. Die wesentlichen Ausgliederungstatbestände werden in Kap. 4.4.3 vorgestellt und die Vorgehensweise zur Ermittlung des auszugliedernden Kostenumfanges anhand von Beispielen erläutert.

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).

Bestimmte Aufwandsarten werden bei der Ermittlung der Kosten nicht berücksichtigt

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

Periodenfremde und außerordentliche Aufwendungen sind nicht kalkulationsrelevant, da sie keine betriebsbedingten, dem Datenjahr zuzurechnenden normalen Aufwendungen darstellen. Aufwendungen, die keine kalkulationsrelevanten Kosten darstellen, dürfen als neutrale Aufwendungen nicht in die Kalkulation der Kosten eingehen und sind auszugliedern. Die Ausgliederung erfolgt in der Kostenartenrechnung durch Umbuchungen auf das Ausgleichskonto.

Periodenfremde und außerordentliche Aufwendungen sind nicht kalkulationsrelevant

Hinweis:

- ❶ Im KHG wird häufig der Begriff der „pfllegesatzfähigen Kosten“ genannt, die in Zusammenhang mit der Erstellung der allgemeinen Krankenhausleistungen anfallen. In der Systematik des KHG wird nicht zwischen „Aufwendungen“ und „Kosten“ unterschieden. In der Praxis können Aufwendungen unter bestimmten Voraussetzungen auch dann pfllegesatzfähig sein, wenn sie keine Kosten darstellen.

Beispiele:

- § Anlässlich des 25-jährigen Bestehens des Krankenhauses wurde ein Jubiläumsfest organisiert. Dafür entstand ein Aufwand für Vorträge, Büfett, Getränke, Organisation etc. im Wert von 15.000 GE. Hierbei handelt es sich um einen außerordentlichen Aufwand, nicht jedoch um kalkulationsrelevante Kosten.
- § Ein Lieferant hatte im Jahr vor der Ermittlung der Kosten Probleme bei der Fakturierung seiner Leistungen. Hierdurch wurden Lieferungen in Höhe von 500.000 GE nicht fakturiert. Die Lieferungen wurden im Lagerwirtschaftssystem nicht erfasst, da die Bestellung vom Chefarzt veranlasst wurde. Daher wurde im Rahmen der Jahresabschlussarbeiten keine Rückstellung gebildet. Im November des Datenjahres stellte der Lieferant seine Rechnung. Die Rechnung darf bei der Ermittlung der Kosten nicht berücksichtigt werden, da es sich um einen periodenfremden Aufwand handelt.

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

Rückstellungen bewirken die Zurechnung von Aufwendungen für heute schon bekannte, jedoch erst in der Zukunft eintretende Sachverhalte, bei denen Höhe und Fälligkeit des Aufwands zum gegenwärtigen Zeitpunkt ungewiss sind. Rückstellungen sind Passivposten der Bilanz. Zuführungen zu Rückstellungen stellen für das Krankenhaus erfolgswirksamen Aufwand dar.

Streng genommen werden Rückstellungsaufwendungen durch den dem Kalkulationsschema zugrunde liegenden Ist-Kostenbegriff nicht erfasst. Zur Herstellung einer möglichst einheitlichen, von Bewertungsspielräumen weitgehend unbeeinflussten Kostenbasis der für die Leistungserstellung eingesetzten Personalressourcen werden jedoch Rückstellungsaufwendungen für Urlaub und Mehrarbeit als kalkulationsrelevant in die Kalkulationsbasis einbezogen. Aufwendungen für Rückstellungen für andere Sachverhalte werden in der Kalkulation nicht berücksichtigt und sind als nicht kalkulationsrelevante Aufwendungen auszugliedern.

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.

Ausschließlich Rückstellungsaufwendungen für Urlaub und Mehrarbeit sind kalkulationsrelevant

Dazu sind die Zuführungsbeträge mindestens nach den definierten Kostenartengruppen für Personalkosten 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 Kostenartengruppe 8 zugerechnet werden. Falls über die dienstartbezogene Zusammensetzung der Zuführungsbeträge zu Rückstellungen für Urlaub oder Mehrarbeit in der Kostenrechnung keine näheren Informationen vorliegen, kann entweder

- (Priorität 1) eine Verteilung der Kosten durch Gewichtung nach Dienststartgruppen 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.

Nicht berücksichtigt werden dürfen insbesondere Umlagen, die ohne entsprechende Leistungen erhoben werden. Hierzu gehören beispielsweise Umlagen zur Finanzierung der Konzernverwaltung in einem Mischkonzern, der neben Krankenhausleistungen auch andere Leistungen ohne gesonderte Finanzierung erbringt. Nicht berücksichtigt werden dürfen darüber hinaus beispielsweise Umlagen, die vom Krankenhausträger an seine Eigentümer zur Refinanzierung des Kaufpreises für das (kürzlich von einem anderen Träger erworbene) Krankenhaus abzuführen sind.

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 Vermögensgegenstände des Umlaufvermögens mit Ausnahme des neutralen Aufwands gehen in die Ermittlung der Kosten ein. Zu berücksichtigen sind beispielsweise die Abschreibungen, die regelmäßig im Lager für Schwund und Verderb anfallen. Nicht berücksichtigt werden dürfen dagegen Abschreibungen, die beispielsweise aufgrund eines Einbruchs in der Hauptkasse notwendig werden.

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:

- ❶ 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.
- ❶ 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

- a) die vertragliche Mietdauer mindestens der betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer des Mietobjekts entspricht (bei der Miete von Gebäuden oder Gebäudeteilen mindestens 5 Jahre),
oder
- b) bei einer kürzeren vertraglichen Mietdauer als unter a) benannt durch beabsichtigte oder tatsächliche Vertragsverlängerungen oder Anschlussverträge die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer des Mietobjekts erreicht werden soll bzw. wird (bei Gebäuden oder Gebäudeteilen 5 Jahre),

oder

- c) bei einer kürzeren vertraglichen Mietdauer als unter a) benannt nach Vertragsablauf durch beabsichtigten oder tatsächlichen erneuten Vertragsschluss 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:

- ❶ 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 Entlastungsbetrag.
-  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 Verfahrenswesen 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:

- Direkte Kostenstellen erbringen medizinisch-pflegerische Leistungen direkt an Patienten. Hierzu gehören beispielsweise die Stationen, Therapiebereiche und das Labor.

Kategorisierung der Kostenstellen nach dem Kostenträgerbezug

- 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 dagegen Mitarbeiter der genannten Dienststellen nicht oder nur in geringem Umfang (z.B. Küche).

Abzugrenzende Kostenstellen

Einige Kostenstellen erbringen ausschließlich Leistungen, deren Vergütung außerhalb des PSY-Entgeltsystems geregelt ist. Diese Kostenstellen werden als „abzugrenzende Kostenstellen“ bezeichnet. Die auf diesen Kostenstellen gebuchten Aufwendungen sind vollständig als nicht kalkulationsrelevant auszugliedern.

Abzugrenzende Kostenstellen enthalten ausschließlich nicht kalkulationsrelevante Aufwendungen

Gemischte Kostenstellen

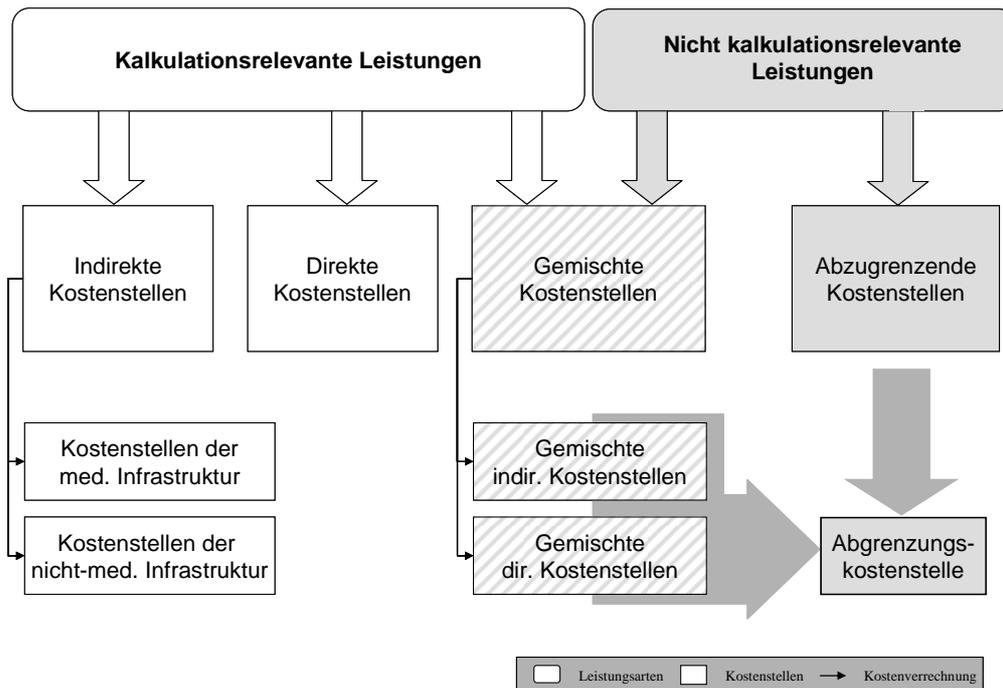
Als „gemischte Kostenstellen“ werden diejenigen direkten oder indirekten Kostenstellen bezeichnet, die neben kalkulationsrelevanten Leistungen auch nicht kalkulationsrelevante Leistungen erbringen. Die für nicht kalkulationsrelevante Leistungen entstandenen Aufwendungen sind auszugliedern.

Gemischte Kostenstellen erbringen neben kalkulationsrelevanten Leistungen auch nicht kalkulationsrelevante Leistungen

Die Kostenstellen sind vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung in direkte Kostenstellen, indirekte Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur und indirekte Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur sowie abzugrenzende Kostenstellen einzuteilen. Aus Anlage 3 ist die Zuordnung der indirekten Kostenstellen zum Bereich der medizinischen bzw. nicht medizinischen Infrastruktur ersichtlich. Die in Anlage 7 wiedergegebene Kostenstellengliederung enthält ebenfalls eine Angabe zur Kategorisierung der Kostenstellen.

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



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:

- ① 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:

- § In der Ergotherapie werden sowohl stationäre Patienten als auch ambulante Patienten betreut. Die Kostenstelle „Ergotherapie“ ist den gemischten direkten Kostenstellen zuzuordnen.
- § Die Stationen betreuen ausschließlich stationäre Patienten. Die Kostenstelle „Station“ ist damit eine direkte Kostenstelle.

Hinweise:

- ① Im Kostenstellenrahmen kommen die „Ambulanzen“ zweimal vor: in Kostenstellengruppe 929 und 980. Die Kostenstellen der Untergruppe 929 stellen zentrale, nach Fachabteilungen differenzierte Diagnose- und Therapiebereiche dar, in denen eine Vielzahl qualitativ unterschiedlicher Leistungen erbracht wird. Hierzu gehören zum einen stationäre Leistungen wie Aufnahmeuntersuchungen, Erstversorgung von Notfällen, Behandlung stationärer Patienten der eigenen Abteilung und konsiliarische Tätigkeit für stationäre Patienten anderer Abteilungen des Krankenhauses. Zum anderen

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).

- ❶ Wenn in einer im Kostenstellenbereich 92 eingerichteten Kostenstelle „Ambulanzen“ ausschließlich stationäre Patienten behandelt werden, dann ist sie eine direkte Kostenstelle. Dagegen sind Kostenstellen für Ambulanzen den abzugrenzenden Kostenstellen zuzuordnen, wenn keine Leistungen für stationäre Patienten erbracht werden. Kostenstellen für Ambulanzen, in denen sowohl stationäre als auch ambulante Patienten behandelt werden, sind gemischte direkte Kostenstellen.
- ❷ Im Kostenstellenbereich 92 werden zum Teil gemeinsame Kostenstellen gebildet, die den Charakter einer Sammelkostenstelle tragen (z.B. „Gemeinsame Kostenstelle Ergotherapie“). Diesen gemeinsamen Kostenstellen werden Kosten zugerechnet, die mehrere Kostenstellen der Ergotherapie betreffen (z.B. Beschäftigungstherapie, Werkstätten). Gemeinsame Kostenstellen sind den indirekten Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur zuzuordnen.
- ❸ Die Kostenstellen der Untergruppe 980 sind in der Regel keine Leistungsbereiche. Sie haben meist nur rechentechnische Funktionen. Hier werden die Ergebnisse der Kostenausgliederung den laufend gebuchten Erlösen aus der Leistungsabrechnung oder aus der Kostenerstattung (z.B. von Ärzten) gegenübergestellt.

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 des Kostenstellenbereichs 96 gehören einschließlich der Kostenstellen für teilstationäre Leistungen (967 und 968) zu den direkten Kostenstellen. Gemeinsame Kostenstellen sind ggf. den indirekten Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur zugeordnet.

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 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 (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).

Die Ausgliederung erfolgt anhand des Anteils der nicht kalkulationsrelevanten Leistungen an der Gesamtleistung der Kostenstelle

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:

- ❶ 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.
- ❶ 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:

- ❶ Die Kostenstelle „Haustechnik“ ist für Hausmeisterdienste und die Instandhaltung der Krankenhausgebäude und mehrerer Wohn- und Geschäftshäuser zuständig. Aus der Leistungsstatistik der Haustechnik geht hervor, dass 25% der Gesamtmenge der Leistungseinheit „Arbeitsstunden Haustechnik“ für Tätigkeiten in den Wohn- und Geschäftshäusern erbracht wurden. Von den Gesamtkosten der Kostenstelle „Haustechnik“ sind daher ebenfalls 25% als nicht kalkulationsrelevante Kosten abzugrenzen. Die Entlastung findet gleichmäßig über alle Kostenarten statt.

Hinweise und Beispiele für direkte gemischte Kostenstellen

Hinweise:

- ❶ Vor Ermittlung der Ausgliederungsbeträge für nicht kalkulationsrelevante Aufwendungen auf gemischten direkten Kostenstellen ist die in Kapitel 4.2 beschriebene Personalkostenverrechnung durchzuführen.

- ① 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.
- ① 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 abzugrenzenden Kosten auf die Abgrenzungskostenstelle erfolgt nach durchgeführter Kostenstellenverrechnung.

Beispiel:

- 💰 Die Physikalische Therapie erbringt Leistungen für 830 stationäre und ambulante Patienten pro Jahr. Die Leistungen werden für innerbetriebliche Steuerungszwecke nach einem Hauskatalog mit Punkten gewichtet. Die Gesamtzahl der Leistungspunkte beträgt im Datenjahr 664.000 Punkte. Die Gesamtkosten für die Physikalische Therapie belaufen sich für das Datenjahr auf 750.000 GE. Bei einer Division der Gesamtkosten durch die Gesamtzahl der Leistungspunkte ergibt sich eine Bewertung von 1,13 GE je Leistungspunkt. Grundlage für die Ausgliederung der Kosten für ambulante Leistungen sind die entsprechend erbrachten Leistungspunkte.

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).
- ☑ Ermäßigen Sie die der Kostenstelle zugeordneten Kosten anhand des ermittelten Prozentsatzes. Dabei sind i.d.R. alle Kostenarten gleichmäßig zu entlasten. Die Gegenbuchung nimmt jeweils die Abgrenzungskostenstelle auf.
- 📄 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)

Ambulante Leistungen gehören nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Ambulanzkostenstellen, in denen ausschließlich ambulante Leistungen erbracht werden, sind den abzugrenzenden Kostenstellen zuzuordnen. Kostenstellen, in denen stationäre und ambulante Leistungen erbracht werden, sind gemischte Kostenstellen. Kosten dieser Kostenstellen, die in Zusammenhang mit der Behandlung ambulanter Patienten entstehen, werden ausgegliedert. In Abhängigkeit der krankenhausindividuellen Datenlage können in folgender Priorität verschiedene Abgrenzungsverfahren angewandt werden:

Leistungen der Ambulanzen für stationäre Patienten sind kalkulationsrelevant

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 Leistungsdaten nicht durchgeführt werden können. Die Ausgliederung der ambulanten Leistungen erfolgt in diesem Fall über die Erlöse aus ambulanter Tätigkeit im Krankenhaus.

Hinweise:

- ① Auszugliedern 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 fielen 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-Entgeltsystem 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 Konsilleistung, 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).

Für psychiatrisch/psychosomatische Patienten erbrachte Einzelleistungen der Somatik sind in die Kalkulation einzubeziehen

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

Beurlaubung des Patienten sind die Beurlaubungstage im Datenfeld „Beurlaubungstage im BPfIV-Entgeltbereich“ anzugeben. Das Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ in der Datei Entgelte dient der Verweildauerermittlung. Es ist ausschließlich für die von der Reduktion der Verweildauer betroffene Entgeltart anzugeben. (siehe hierzu auch die Fortschreibungen zum Fehlerverfahren für die Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG).

4.4.3.3 Forschung und Lehre

Kosten, die für Leistungen im Rahmen von Forschung und Lehre anfallen, sind als nicht kalkulationsrelevant auszugliedern. Leistungen im Rahmen von Forschung und Lehre lassen sich in der Praxis meist nicht eindeutig von allgemeinen Krankenhausleistungen trennen. Daher können die Kosten von Forschung und Lehre für die Kostenausgliederung nur überschlägig abgeschätzt werden. Die Vorgehensweise bei der Kostenausgliederung hängt von der Datenlage ab.

Kosten für Forschung und Lehre werden ausgliedert

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.

Kostenstellen für Forschung und Lehre sind abzugrenzende Kostenstellen

Wenn in den Kostenstellen nur teilweise Leistungen im Rahmen der Forschung und Lehre erbracht werden, liegen gemischte Kostenstellen vor. In diesem Fall ist der in Zusammenhang mit Forschung und Lehre anfallende Kostenanteil zu ermitteln und abzugrenzen. Grundlage hierfür können beispielsweise Leistungsstatistiken oder Nutzungszeiten für Räume sein, die sowohl der Lehre als auch der Krankenhausversorgung dienen. Ist eine verursachungsgerechte Ermittlung des Kostenanteils in Zusammenhang mit Forschung und Lehre nicht möglich, kann der Anteil auch überschlägig geschätzt werden.

Hinweis:

- ① In einigen Softwaresystemen werden Projektkosten im Rahmen der Forschung auf zeitlich begrenzt einzurichtende Projektkostenstellen gebucht. In diesem Fall ist die Projektkostenstelle als auszugliedernde 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

Soweit die Kosten für Forschung und Lehre nicht auf gesonderte Kostenstellen gebucht sind, erfolgt die Ausgliederung der Personalkosten anhand des Zeitbedarfs der Mitarbeiter für Forschung und Lehre. Dieser ist nach Dienstarten zu ermitteln und in Vollzeitkräfte umzurechnen. Die auszugliedernden Personalkosten ergeben sich durch Multiplikation der Vollzeitkräfte mit den durchschnittlichen Personalkosten des Krankenhauses für die einzelnen Dienstarten.

Grundlage für die Ausgliederung der Personalkosten ist der Zeitbedarf 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:

- ① 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).
- ① 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.
- ① 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 drittmittelfinanzierter Forschungsvorhaben 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.

Identifizierbare Sachkosten für Forschung und Lehre werden ausgegliedert

Hinweis:

- ① In einigen Universitätsklinikum 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.
4. Sachkosten werden in dem Verhältnis ausgegliedert, in dem die ausgegliederten Personalkosten zu den gesamten Personalkosten der entsprechenden Kostenstelle stehen.

Bei fehlenden Datengrundlagen beruht die Ausgliederung auf einer Schätzung

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

Eine zunehmende Anzahl von Krankenhäusern verfügt über angeschlossene Einrichtungen, in denen psychiatrisch versorgte Patienten Behandlungs- und Therapieleistungen in Ergänzung zum stationären Behandlungsaufenthalt in Anspruch nehmen. Die Angebote dieser Einrichtungen umfassen z.B. betreutes Wohnen, rehabilitative Leistungen, berufliche oder soziale Integrationsmaßnahmen oder Beratungsleistungen. Diese Leistungen sind nicht der allgemeinen Krankenhausversorgung zuzurechnen. Die mit der Erbringung dieser Leistungen verbundenen Kosten sind daher auszugliedern.

Ergänzende Leistungsbereiche sind nicht kalkulationsrelevant

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.

Ergänzende Leistungsbereiche sind z.B. Betreutes Wohnen, Reha-Abteilungen, oder Sozialstationen

Grundlage für die Ausgliederung von Personalkosten ist die Anzahl der Vollzeitkräfte, die in den ergänzenden Leistungsbereichen tätig ist. Zur Ermittlung der auszugliedernden 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.
- ① 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.

Die Sachkosten sollten anhand von Leistungsstatistiken ausgegliedert werden. Ist eine differenzierte Kostenausgliederung nicht möglich, kommt auch eine anteilige Ausgliederung entsprechend dem Verhältnis der auszugliedernden Personalkosten zu den gesamten Personalkosten in Betracht.

4.4.3.5 Ausbildung in akademischen Lehrkrankenhäusern

Die Vereinbarungen der akademischen Lehrkrankenhäuser mit den Universitäten sehen für die praktische Ausbildung der Medizinstudenten in den Kliniken und Fachbereichen die Erstattung von Personal- und Sachkosten vor. Diese Kosten stehen nicht in Zusammenhang mit der allgemeinen Krankenhausversorgung und sind daher auszugliedern.

Kosten in Zusammenhang mit der Ausbildung von Medizinstudenten sind auszugliedern

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

für die praktische Ausbildung von Medizinstudenten auszugliedern. Der Personaleinsatz kann beispielsweise anhand von Unterlagen der Universität bestimmt werden, die Grundlage für die Berechnung des Erstattungsbetrags waren. Ggf. kann der Personaleinsatz auch auf der Grundlage einer mitarbeiterbezogenen Zeiterfassung ermittelt werden, die im Krankenhaus für andere Zwecke durchgeführt wurde. Zulässig ist auch eine Schätzung des Personaleinsatzes für die praktische Ausbildung der Medizinstudenten.

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:

Tabelle 4: Leistungen an Dritte (Beispiele)

Kostenstellen	Beispiele für Leistungen an Dritte
Wäscheversorgung	Leistungen für andere Krankenhäuser
Apotheke	Versorgung eines anderen Krankenhauses mit Medikamenten
Reinigungsdienst	Reinigung eines angeschlossenen Altenheims
Versorgung mit Energie, Wasser, Brennstoffen	Mitversorgung von Wohnhäusern oder Betrieben mit Energie
Transportdienst	Transport der Mahlzeiten in das Altenheim
Werkstätten, Gärtnerei	Auftragsfertigung bzw. Verkauf an Dritte

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)

Kostenstelle	Benötigte Daten	Datenquelle
Küche	Anzahl Essen, Beköstigungstage	Leistungsstatistik
Wäscherei	kg Wäsche, Umsatz mit Dritten	Leistungsstatistik, Kostenstellenblatt
Apotheke	Arzneimittelumsatz	Kostenstellenblatt
Reinigung	Tätigkeitszeiten, Fläche, Umsatz mit Dritten	Dienstpläne, Kostenstellenblatt
Energie-/Wasser- versorgung	Verbrauchsmengen	Verbrauchsstatistik
Transportdienst	Anzahl Transporte, Tätigkeits- zeiten, Umsatz mit Dritten	Dienstpläne, Leistungs- statistik, Kostenstellenblatt
Werkstätten, Gärtnerei	Tätigkeitszeiten, Umsatz mit Dritten	Dienstpläne, Kostenstellenblatt

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.
4. Die Kosten je gewichteter Leistung werden mit der Zahl der für Dritte erbrachten Leistungen multipliziert. Das Produkt stellt den Ausgliederungsbetrag dar.

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
- ① Kapitel 6.4.4 erläutert ausführlich die Ermittlung nicht kalkulationsrelevanter Kostenanteile im Bereich der Ergotherapie.

4.4.3.7 Personalgestellung an Dritte

Kosten für die Personalgestellung an Dritte sind als nicht kalkulationsrelevante Aufwendungen auszugliedern. Hierzu ist der regelmäßige Personaleinsatz der gestellten Mitarbeiter in Vollzeitkräfte umzurechnen und mit den durchschnittlichen Personalkosten je Vollzeitkraft zu multiplizieren. Die Ausgliederung erfolgt jeweils differenziert nach Dienstarten.

Ausgliedert werden Personalkosten von Mitarbeitern, die regelmäßig für Dritte tätig sind

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.
- ① 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 sonstiger Personalaufwendungen, beispielsweise der Aufwendungen für die Unfallversicherung oder für den Betriebsarzt, erfolgt nicht.

Beispiel:

- ⑤ 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 Personalgestellung.

4.4.3.8 Speisensversorgung

Die Kostenstelle „Speisensversorgung“ 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.

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

Grundlage für die Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen ist die Leistungsstatistik der Kostenstelle „Speisensversorgung“. 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

Anschließend werden die Kosten je gewichteter Mahlzeit ermittelt, indem die auf der Kostenstelle gebuchten Kosten durch die Zahl der gewichteten Mahlzeiten dividiert werden. Durch Multiplikation der Zahl der gewichteten Mahlzeiten für Patienten mit den Kosten je gewichteter Mahlzeit ergeben sich die kalkulationsrelevanten Kosten der Kostenstelle. Auszugliedern ist der Differenzbetrag zwischen den gesamten Kosten der Kostenstelle und den kalkulationsrelevanten Kosten.

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:

Empfänger	Zahl der Mahlzeiten		
	Frühstück	Mittagessen	Abendbrot
Stationäre Patienten	16.000	18.000	15.500
Mitarbeiter	5.600	11.300	3.800
Altenpflegeheim	6.570	6.570	6.570
Summe	28.170	35.870	25.870

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

Empfänger	Zahl der gewichteten Mahlzeiten			
	Frühstück	Mittagessen	Abendbrot	Summe
Stationäre Patienten	3.200	9.000	4.650	16.850
Mitarbeiter	1.120	5.650	1.140	7.910
Altenpflegeheim	1.314	3.285	1.971	6.570
Summe	5.634	17.935	7.761	31.330

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 Speisensversorgung für Mitarbeiter und für das Altenpflegeheim in einem Umfang von 92.440 GE (= 0,4622 * 200.000) auszugliedern.

Hinweise:

- ① Liegen für die Kostenstelle „Speisensversorgung“ keine Leistungsstatistiken vor, ist eine aufwandsgerechte Schätzung durchzuführen.
- ① Sollte für die Kostenstelle „Speisensversorgung“ keine aufwandsgerechte Schätzung möglich sein, ist hilfsweise eine Ausgliederung von nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen in Höhe der Erstattungsbeträge für nicht kalkulationsrelevante Leistungen zulässig (Erlösabzugsverfahren).

4.4.3.9 Leistungen der Nebenbetriebe

Nebenbetriebe des Krankenhauses erstellen Leistungen, die für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patienten nicht notwendig sind. Nebenbetriebe sind beispielsweise Restaurant, Kiosk oder Blumengeschäft. Auch Einrichtungen wie Werkstätten, Gärtnerei, land- oder forstwirtschaftliche Betriebe, die die Durchführung von Therapiemaßnahmen ermöglichen, tragen außerhalb des therapeutischen Zwecks den Charakter von Nebenbetrieben. Kosten in Zusammenhang mit Nebenbetrieben sind grundsätzlich nicht kalkulationsrelevant.

Nebenbetriebe werden als Ganzes abgegrenzt

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 verursachungsgerechte Kostenzuordnung ermöglichen.

Hinweis:

- ① Kapitel 6.4.4 enthält ausführliche Erläuterungen zur Abgrenzung nicht kalkulationsrelevanter Kostenanteile im Bereich der Ergotherapie.

4.4.3.10 Vermietung und Verpachtung

Kostenstellen, die ausschließlich Aufwendungen in Zusammenhang mit vermieteten oder verpachteten Grundstücken, Gebäuden, Gebäudeteilen oder Anlagen enthalten, sind als abzugrenzende Kostenstellen zu kennzeichnen. Wird ein Grundstück, Gebäude, Gebäudeteil oder eine Anlage dagegen nur teilweise vermietet bzw. verpachtet, erfolgt eine anteilige Ausgliederung der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen. Häufige Beispiele sind Personalwohnheime oder vermietete Räume des Krankenhauses.

Kosten in Zusammenhang mit Vermietung und Verpachtung werden ausgegliedert

Grundlage für die Ermittlung des Anteils der nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen an den gesamten Kosten der Gebäudekostenstelle ist der Anteil der vermieteten Nutzfläche an der Gesamtnutzfläche des Gebäudes bzw. Grundstücks. Die Nutzfläche kann aus Grundstücks- und Gebäudeplänen, dem Raumbuch oder entsprechenden Angaben in den Miet- und Pachtverträgen ermittelt werden. Bei medizinisch-technischen Geräten, die Dritten teilweise gegen Vergütung überlassen werden, erfolgt die Ermittlung des Ausgliederungsbetrags auf Grundlage von Leistungsstatistiken, wobei die erbrachten Leistungen ggf. anhand eines Leistungskatalogs zu gewichten sind.

Hinweise:

- ❶ Bei Gebäuden kann der vermietete bzw. verpachtete Anteil des Gebäudes ggf. auch überschlägig geschätzt werden.
- ❶ 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.
- ❶ Soweit eine verursachungsgerechte Kostenausgliederung auf Kostenebene nicht möglich ist, können Kosten in Höhe der die Kaltmiete übersteigenden Erlöse (in Höhe der Nebenkosten) ausgegliedert werden. Die Kaltmiete wurde bereits in der Ausgliederung der Aufwandsarten in der Kostenartenrechnung berücksichtigt.
- ❶ In einigen Krankenhäusern sind Gebäudeteile mit medizinisch-technischen Geräten an Dritte verpachtet. Das Krankenhaus bezieht die entsprechenden Leistungen von dem Dritten gegen Entgelt. In diesem Fall sind die Kosten in Zusammenhang mit dem verpachteten Gebäudeteil und Geräten auszugliedern; als kalkulationsrelevante Kosten auszuweisen sind die an den Dritten zu bezahlenden Entgelte.

Beispiel:

- ❶ 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**

Kosten der Ausbildungsstätten und Ausbildungsmehrvergütungen werden nach den Vorgaben des § 17a KHG finanziert. Ausbildungsstätten sind definiert als staatlich anerkannte Einrichtungen an Krankenhäusern, wobei das Krankenhaus Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte sein muss. Die entsprechenden Ausbildungsberufe sind in § 2 Abs. 1a KHG genannt. Die Kosten der Ausbildungsstätte sind nicht kalkulationsrelevant und aus der Kalkulationsbasis des Krankenhauses auszugliedern. Sie werden entsprechend den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs „Ausbildungskosten“ in einer gesonderten Kalkulation berufsbezogen aufbereitet und in einer eigenen Datei im Rahmen des § 21 KHEntgG übermittelt.

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 Ausbildungskosten 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:

- ① Die Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ (einschließlich evtl. weiterer Unterkostenstellen) trägt den Status einer abzugrenzenden Kostenstelle. Die dort primär gebuchten Kosten sind für die Kalkulation der Ausbildungskosten heranzuziehen, sie dürfen daher nicht der Abgrenzungskostenstelle (als Sammelstelle aller abzugrenzenden Kosten) zugeordnet werden.
- ① Sofern mehrere Ausbildungsberufe unterrichtet werden, sind in der Ausbildungsstätte berufsbezogene Kostenstellen einzurichten. Nähere Erläuterungen dazu enthält das Handbuch zur Kalkulation von Ausbildungskosten in Kap. 5.1.2.
- ① 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.

- ① Die Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ nimmt an der Kostenstellenverrechnung nur als empfangende Kostenstelle teil.
- ① 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.
- ① Kalkulatorische Kosten dürfen nicht angesetzt werden.

Hinweise für Modell 2:

- ① 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.
- ① Der Umfang der im Krankenhaus auszugliedernden Kostenanteile ist analog dem in Kap. 4.4.3.6 Leistungen an Dritte beschriebenen Vorgehen zu ermitteln.
- ① Kalkulatorische Kosten dürfen nicht angesetzt werden.

Beispiel:

- ① Von dem Krankenhausgebäude (25.000 qm Nutzfläche) wird ein Teil (1.250 qm Nutzfläche, das entspricht 5% der Gesamtnutzfläche des Gebäudes) für Ausbildungsstätten genutzt. Auf der Gebäudekostenstelle sind 31.250 GE gebucht. Der Kostenstelle „Ausbildungsstätten“ sind 1.562,50 GE (= 0,05 * 31.250 GE) an Gebäudekosten zuzuordnen. Die Gebäudekostenstelle wird parallel um den Anteil nicht kalkulationsrelevanter Aufwendungen für die Ausbildungsstätten entlastet.

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**

Ausgangsbasis ist die mit Kosten bewertete Zeit der praktischen Anleitung der Auszubildenden durch die Praxisanleiter/-innen. Der zeitliche Umfang der Praxisanleitung wird zum einen durch die Ausbildungsverordnung vorgegeben und hängt zum anderen von den organisatorischen Gegebenheiten in der Einrichtung der praktischen Ausbildung ab. Maßgeblich für die Kostenberechnung ist die tatsächlich für die praktische Ausbildung angefallene Zeit der Praxisanleiter/-innen, die durch Zeitaufschreibung zu dokumentieren ist. Dabei ist der durch § 2 Abs. 2 KrPflAPrV vorgegebene „angemessene“ Umfang der Praxisanleitung ebenso zu berücksichtigen wie die gleichzeitige Anleitung mehrerer Schüler/-innen. Die Bewertung des dokumentierten Zeitaufwands erfolgt durch einen Kostensatz je Stunde, der sich aus den durchschnittlichen Brutto-Personalkosten einer examinierten Vollkraft der betreffenden Dienstart und der Netto-Jahresarbeitszeit errechnet.

➤ **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 Beachtung der weiter oben zu Modelltypus 1 bzw. Modelltypus 2 gegebenen Hinweise zugeordnet.

Beispiel:

- § Dem Krankenhaus ist eine Krankenpflegeschule für den Ausbildungsberuf Gesundheits- und Krankenpfleger/-in mit insgesamt 60 durchschnittlich genutzten Ausbildungsplätzen angegliedert. Die Personalabteilung teilt mit, dass 8 examinierte Gesundheits- und Krankenschwestern mit einer speziellen Fortbildung zur Praxisanleitung anteilig an bestimmten Wochentagen die Auszubildenden betreuen. Das durchschnittliche Gehalt beträgt 45.000 GE. Nach den Aufzeichnungen der Personalabteilung entspricht die Betreuung für alle Auszubildenden insgesamt 4.000 Stunden im Datenjahr. Die Controllingabteilung ermittelt unter Zugrundelegung der produktiven Arbeitstage (= 220 Tage * 7,5 Std/Tag = 1.650 Arbeitsstd./Jahr) einen Stundensatz in Höhe von 27,27 GE (= 45.000 GE / 1.650). Im Ergebnis ist ein nicht DRG-relevanter Betrag für die Praxisanleitungstätigkeit in Höhe von 109.080 GE (= 4.000 * 27,27 GE) auszugliedern.

Ausbildungsmehrvergütungen

Die nach den Regelungen des § 17a KHG finanzierten Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen sind ebenfalls als nicht kalkulationsrelevant auszugliedern. Diese Mehrkosten werden jedoch nicht in die Kalkulation der Ausbildungskosten einbezogen, sondern gemeinsam mit den Angaben zu den Ausbildungsstätten separat übermittelt. Auszubildende in den Berufen Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger werden bei Ermittlung der Mehrkosten auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person im Verhältnis 1:9,5 angerechnet. Dies bedeutet, dass 9,5 Auszubildende wie eine examinierte Vollzeitkraft zu behandeln sind. Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer examinierten Vollzeitkraft anzurechnen. Damit sind Ausbildungsvergütungen für jeweils 9,5 (6) Auszubildende nur im Umfang der Differenz zwischen der Summe der Ausbildungsvergütungen und den durchschnittlichen Personalkosten einer ausgebildeten Vollzeitkraft der entsprechenden Berufsgruppe als nicht kalkulationsrelevant abzugrenzen.

Beispiel :

§ Berechnung von kalkulationsrelevanten Ausbildungsvergütungen:

Summe der Ausbildungsvergütungen im Pflegebereich	500.000 GE
Auszubildende im Pflegebereich	50 Auszubildende
Durchschnittliche Vergütung je Auszubildendem (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 Vollzeitskraft (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

Von der Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ sind damit 289.474 GE als nicht kalkulationsrelevante Ausbildungsmehrkosten auszugliedern und separat zu übermitteln. Die übrigen kalkulationsrelevanten Ausbildungsvergütungen sind den Pflegefachbereichen zuzuordnen, in denen die Auszubildenden eingesetzt sind. Ist eine Zuordnung zu einzelnen Pflegefachbereichen nicht möglich, erfolgt eine gleichmäßige Belastung der Pflegefachbereiche mit den kalkulationsrelevanten Ausbildungsvergütungen. Die Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ ist entsprechend von kalkulationsrelevanten Ausbildungsvergütungen zu entlasten.

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 errechneten 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.
- Entlasten Sie die Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ von kalkulationsrelevanten Ausbildungsvergütungen, soweit eine Zuordnung zur Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ erfolgt ist. Die kalkulationsrelevanten Ausbildungsvergütungen sind den Pflegefachbereichen zuzuordnen, in denen die Auszubildenden eingesetzt sind. Ist eine Zuordnung zu einzelnen Pflegefachbereichen nicht möglich, erfolgt eine gleichmäßige Belastung der Pflegefachbereiche mit den kalkulationsrelevanten Ausbildungsvergütungen.
- 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

Die wesentlichen Arbeitsschritte zur Vorbereitung der Kalkulationsgrundlage sind in der nachfolgenden Checkliste zusammengefasst. Auf ihrer Grundlage sollte eine Prüfung der Stimmigkeit der bis zu diesem Kalkulationsstand erzielten Arbeitsergebnisse vorgenommen werden.

Tabelle 6: Checkliste Kapitel 4

Checkliste: Zentrale Arbeitsschritte zur Vorbereitung der Kalkulationsgrundlage	
Arbeitsschritte	Kapitel
1. Prüfung der Vollständigkeit und Plausibilität der medizinischen Falldokumentation (ICD-, OPS-Kodes)	4.1.1.1
2. Prüfung der in den direkten Kostenstellen vorliegenden Verbrauchsdaten im Hinblick auf Fall- und Tagesbezug, Vollständigkeit und Differenziertheit unter Beachtung der Vorgaben für die Einzel- und Gemeinkostenzurechnung	4.1.1.2

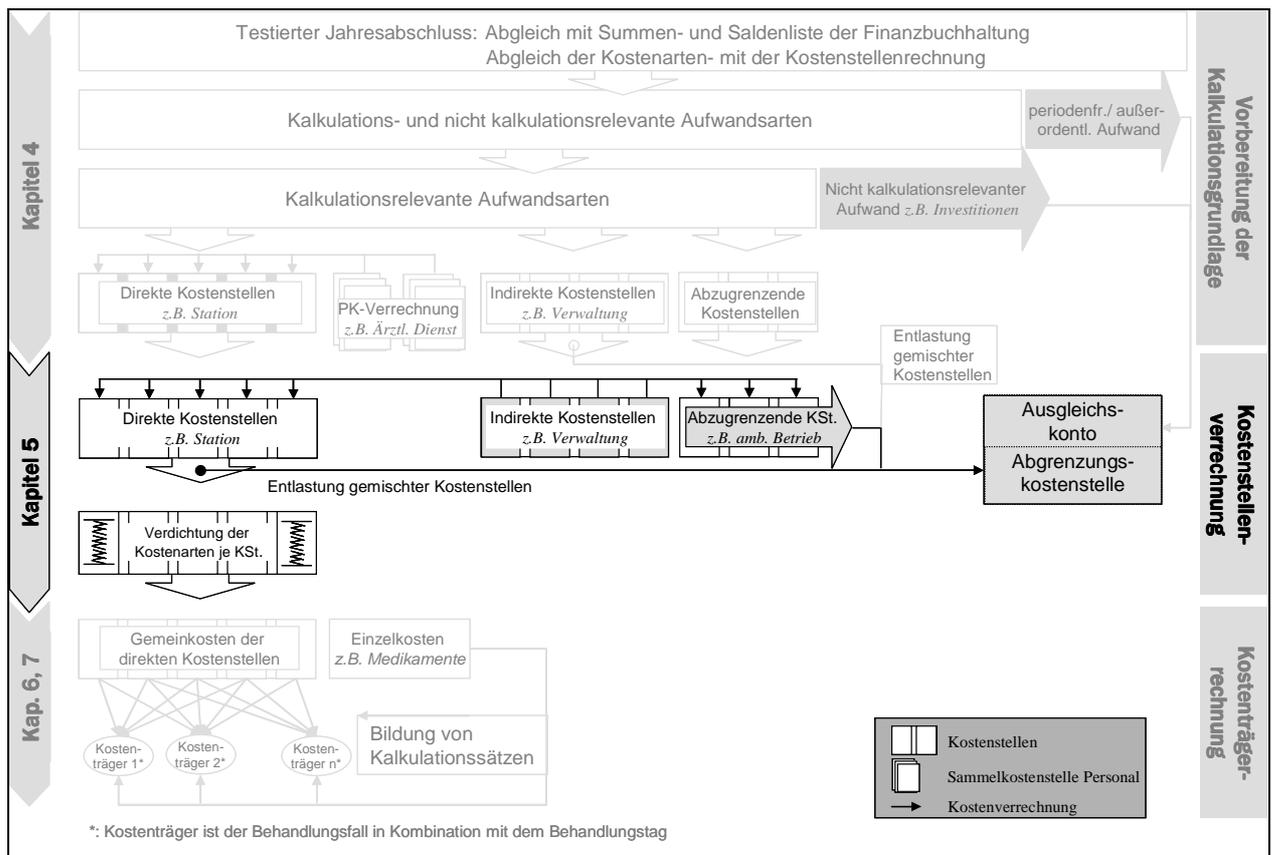
Arbeitsschritte	Kapitel
3. Prüfung, ob die in der letzten Summen- und Saldenliste ausgewiesenen Aufwendungen mit den in der Gewinn- und Verlustrechnung des Jahresabschlusses ausgewiesenen Aufwendungen übereinstimmen (ggf. Korrekturbuchungen auf das Ausgleichskonto)	4.1.2.1
4. Prüfung, ob die in der Kostenstellenrechnung ausgewiesene Summe der Aufwendungen zzgl. der Summe der Einzelkosten mit der Summe der Aufwendungen in der Finanzbuchhaltung übereinstimmt (ggf. Korrekturbuchungen auf die Abgrenzungskostenstelle)	4.1.2.1
5. Prüfung der in der Finanzbuchhaltung vorliegenden Kontengliederung (ggf. Einrichtung zusätzlicher Unterkonten)	4.1.2.2
6. Prüfung der vorhandenen Kostenstellengliederung (ggf. Einrichtung zusätzlicher Kostenstellen)	4.1.2.2
7. Prüfung der für indirekte Kostenstellen vorhandenen Verrechnungsschlüssel	4.1.3
8. Ermittlung und Kennzeichnung der in die Personalkostenverrechnung einzubeziehenden direkten Kostenstellen	4.2
9. Ermittlung der Arbeitszeitanteile, die Mitarbeiter direkter Kostenstellen für andere Kostenstellen tätig sind, als Grundlage einer Personalkostenverrechnung auf die leistungsempfangenden Kostenstellen über <ul style="list-style-type: none"> • mitarbeiterbezogene Zeiterfassung • andere geeignete Statistiken oder Schätzungen 	4.2
10. Durchführung der Personalkostenverrechnung: Entlastung der leistungserbringenden Kostenstellen anhand des ermittelten Verteilungsschlüssels von den direkten Personalkosten und entsprechende Belastung der leistungsempfangenden Kostenstellen	4.2
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	4.3
12. Ausgliederung der periodenfremden und außerordentlichen Aufwendungen (Buchung auf das Ausgleichskonto in der Kostenartenrechnung bzw. Belastung der Abgrenzungskostenstelle in der Kostenstellenrechnung)	4.4.1.2
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)	4.4.1.3

Arbeitsschritte	Kapitel
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)	4.4.1.4
15. Kategorisierung aller Kostenstellen in <ul style="list-style-type: none">• direkte Kostenstellen• indirekte Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur• indirekte Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur• abzugrenzende Kostenstellen• gemischte Kostenstellen	4.4.2.1 4.4.2.2 4.4.2.3
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)	4.4.3
17. Ausgliederung des nicht kalkulationsrelevanten Kostenanteils der Kostenstelle „Ausbildungsstätte“, Aufbereitung dieser Daten für die separate Übermittlung	4.4.4
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)	4.4.4

5. KOSTENSTELLENVERRECHNUNG

Aufbauend auf den nach den Vorgaben des Kapitels 4 aufbereiteten Kalkulationsdaten werden im Zuge der Kostenstellenverrechnung die Kosten der indirekten Kostenstellen auf die direkten und ggf. abzugrenzenden Kostenstellen verteilt. Anschließend werden die nun vollständig auf den direkten Kostenstellen vorliegenden kalkulationsrelevanten Kosten zu definierten Kostenartengruppen zusammengefasst. Auf dieser Grundlage erfolgt im Rahmen der Kostenträgerrechnung (Kap. 6) die Kostenzurechnung auf die einzelnen Patienten. Abbildung 4 zeigt die zentralen Kalkulationsschritte (dunkel hervorgehoben), die im Rahmen der Kostenstellenverrechnung umgesetzt werden. Sie verdeutlicht darüber hinaus den aktuellen Kalkulationsstand, in dem sich der Anwender derzeit befindet.

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:	Kapitel
➤ Einrichtung von Kostenartengruppen in den direkten Kostenstellen	5.1.1
➤ Entlastung von Sammelkostenstellen	5.1.2
➤ Verdichtung von indirekten und abgegrenzten Kostenstellen	5.1.3
➤ Verteilung der Kosten der indirekten Kostenstellen auf die direkten Kostenstellen im Rahmen der Innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (IBLV)	5.2
➤ Ausgliederung von abzugrenzenden Kostenstellen	5.3
➤ Verdichtung der Kostenarten zu Kostenartengruppen	5.4

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):

Die Kostenarten der direkten Kostenstellen werden zu Kostenartengruppen zusammengefasst

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)

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:

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

Im Rahmen der vorbereitenden Arbeiten sind im Krankenhaus die genannten Kostenartengruppen je direkter Kostenstelle einzurichten. Jede Kostenart ist genau einer Kostenartengruppe zugeordnet. Die Verdichtung erfolgt anhand der Zuordnungsvorschrift in Anlage 4.1.

Die Gliederungsstruktur im Bereich der Personalkosten soll eine differenzierte Darstellung der in PSY-Einrichtungen in wesentlichem Umfang tätigen Berufsgruppen ermöglichen. Die Unterscheidung der im Personalbereich definierten Kostenartengruppen geht über die Gliederung der Personalaufwendungen in verschiedene Dienstarten durch den Kontenrahmen der KHBV hinaus bzw. weicht stellenweise von Zuordnungen der KHBV ab. Dies betrifft insbesondere den Funktionsdienst und den med.-techn. Dienst.

Zur Umsetzung der dem Kalkulationsschema zugrunde liegenden Struktur von Kostenartengruppen empfiehlt sich die Einrichtung zusätzlicher Konten der Kontenklasse 6, um die Personalaufwendungen der Mitarbeiter in den jeweiligen Berufsgruppen in den für sie zutreffenden Kostenartengruppen ausweisen zu können. Diese zusätzlichen Konten sind in Tabelle 7 aufgeführt.

Im Bereich der Personalaufwendungen sind ergänzende Konten einzurichten

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

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

Für die Kostenartengruppen 7 und 8 ist als Besonderheit zu beachten, dass diese im Zuge der Verdichtung sowohl die auf den direkten Kostenstellen primär gebuchten Kosten der betreffenden Kostenarten als auch die von indirekten Kostenstellen verrechneten Kosten zusammenfassen. Dazu sind die von den indirekten Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur verrechneten Kosten der Kostenartengruppe 7 der direkten Kostenstellen zuzuordnen. Die von den indirekten Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur verrechneten Kosten sind der Kostenartengruppe 8 der direkten Kostenstellen zuzuordnen. Nähere Erläuterungen dazu enthält Kapitel 5.2.2.

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.-techn. 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

In den Krankenhäusern können übergeordnete Kostenstellen einer Organisationseinheit eingerichtet sein, die den Charakter einer Sammelkostenstelle tragen (oftmals auch als „allgemeine“ oder „gemeinsame“ Kostenstelle bezeichnet). Sammelkostenstellen sind indirekte Kostenstellen, ihre Kosten werden im Zuge der Kostenstellenverrechnung auf die direkten Kostenstellen verteilt und dort in den Kostenartengruppen 7 bzw. 8 zusammengefasst. Soweit Sammelkostenstellen im Bereich der Patientenversorgung eingerichtet sind, werden sie häufig mit nennenswert hohen Beträgen der Kostenartengruppen 1 bis 6 bebucht, die aus unterschiedlichen Gründen zum Zeitpunkt der Buchung nicht unmittelbar den direkten Kostenstellen der Organisationseinheit zugerechnet werden können. Typischerweise handelt es sich hierbei um Personalkosten des ärztlichen Dienstes, aber auch häufig des Pflege-/Erziehungsdienstes. Auch Kosten für Medikamente und medizinischen Sachbedarf werden diesen Kostenstellen vielfach zugeordnet.

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.

Entlastung der Sammelkostenstellen von Kosten der KoAGr 1- 6 vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung

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.

Beispiel:

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

Allg. Kostenstelle Psychiatrie		
Kostenart	KoAGrp	Betrag
Medikamente	4a	88.000
Medikamente	4b	51.300
Übr. med. Sachbedarf	6a	54.650
Summe		193.950

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:

Kostenstellen Abt. Psychiatrie			
Personalkosten			
Kostenstelle	KoAGr 1-3	KoAGrp 4a	KoAGrp 6a
<i>Allg. Kostenstelle</i>		-88.000,00	-54.650,00
Station 1	210.000	33.417,72	20.753,16
Station 2	218.000	34.690,78	21.543,76
Psychotherapie	125.000	19.891,50	12.353,07
Summe	553.000	88.000,00	54.650,00

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:

- ❶ Auf Sammelkostenstellen gebuchte Kosten, die den Kostenartengruppen 7 oder 8 zuzuordnen sind, werden im Zuge der Kostenstellenverrechnung den direkten Kostenstellen zugeordnet und müssen nicht zuvor umgliedert werden.

Arbeitsschritte:

- 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.
- Bei vorhandenen Personalkosten: Entlasten Sie die Sammelkostenstelle von ggf. noch nicht im Rahmen der Personalkostenverrechnung umgliederten Personalkosten (zur Vorgehensweise vgl. die Erläuterungen in Kap. 4.2).
- 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).
- Prüfen Sie, ob Statistiken über den Sachmittelverbrauch in den leistungsempfangenden Kostenstellen vorliegen. Ist dies nicht der Fall, wählen Sie eine sachgerechte Bezugsgröße für die Kostenverteilung.

- ☑ Entlasten Sie die Sammelkostenstelle anhand des gewählten Verteilungsschlüssels von den direkten Sachkosten. Belasten Sie die leistungsempfangenden 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:

- 💰 Die Kostenstellen „Buchhaltung“, „Personalabteilung“ und „Controlling“ werden anhand der Zahl der Vollzeitkräfte der empfangenden Kostenstellen verrechnet. Die Kostenstellen können vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung zur Verdichtungskostenstelle „Verwaltung“ zusammengefasst werden.
- 💰 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.
-  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.

Im Zuge der IBLV werden die indirekten Kostenstellen auf die direkten Kostenstellen und ggf. die abzugrenzenden Kostenstellen verrechnet

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:**
Die indirekten Kostenstellen „Krankenhausverwaltung“ und „Haus- und Betriebstechnik“ erbringen jeweils Leistungen füreinander, die beim Gleichungsverfahren berücksichtigt werden.
- § **Stufenleiterverfahren:**
Die indirekten Kostenstellen „Materialwirtschaft“ sowie „Haus- und Betriebstechnik“ erbringen Leistungen füreinander. Die Kostenstelle „Materialwirtschaft“ übernimmt die laufende Beschaffung und Bevorratung des von der Kostenstelle „Haustechnik“ benötigten Verbrauchsmaterials. Die Kostenstelle „Haustechnik“ ist dagegen für die Beheizung des Lagers und die Wartung des im Lagerbereich befindlichen Aufzugs zuständig. Sie hat die höchsten Kosten und wird daher zuerst entlastet. Die Kosten werden auf die leistungsempfangenden Kostenstellen verteilt. Darunter befindet sich auch die Kostenstelle „Materialwirtschaft“, die anteilig belastet wird. Anschließend wird die Kostenstelle „Materialwirtschaft“ entlastet. Bei der Verteilung der Kosten dieser Kostenstelle bleiben alle Kostenstellen unberücksichtigt, deren Kosten zuvor bereits umgelegt wurden. Dies bedeutet, dass die Kostenstelle „Haustechnik“ nicht belastet wird, obgleich die Kostenstelle „Materialwirtschaft“ Leistungen für die Kostenstelle „Haustechnik“ erbringt.
- § **Anbauverfahren:**
Die Kostenstelle „Lohnbuchhaltung“ übernimmt die Bezügerechnung u.a. für die Mitarbeiter der Wäscherei, der Physikalischen Therapie und der Fachabteilungen Psychiatrie und Psychosomatik. Beim Anbauverfahren wird die Kostenstelle vollständig gegen die Kostenstellen „Physikalische Therapie“, „Psychiatrie“ und „Psychosomatik“ entlastet; die Leistungserbringung für die Kostenstellen „Wäscherei“ und „Zentralsterilisation“ bleibt unberücksichtigt.

Für eine verursachungsgerechte Umlage der Kosten der indirekten Kostenstellen auf die direkten Kostenstellen ist das Gleichungsverfahren oder das Stufenleiterverfahren zu verwenden. Beim Anbauverfahren bleiben die gesamten Leistungsbeziehungen zwischen den indirekten Kostenstellen unberücksichtigt. Aufgrund dessen darf das Anbauverfahren nur verwendet werden, wenn der Stand der Kostenrechnung im Krankenhaus bei einer erstmaligen Teilnahme des Krankenhauses an der Ermittlung der Kosten den Erfordernissen des Stufenleiter- oder Gleichungsverfahrens noch nicht entspricht.

Für die IBLV ist das Stufenleiter- oder das Gleichungsverfahren zu wählen

Hinweise:

- ❶ Abzugrenzende Kostenstellen nehmen grundsätzlich nur als Leistungsempfänger an der IBLV teil. Gleiches gilt für die Kostenstellen der Ausbildungsstätten.
- ❷ Indirekte Kostenstellen werden gegen die direkten Kostenstellen und die abzugrenzenden Kostenstellen entlastet.
- ❸ Die Leistungsbeziehungen der indirekten Kostenstellen untereinander werden berücksichtigt, wenn die IBLV nach dem Stufenleiter- oder dem Gleichungsverfahren erfolgt.
- ❹ Mitarbeiterbezogene Leistungsbeziehungen der direkten Kostenstellen untereinander (z.B. interne Konsile) werden im Rahmen der Personal-kostenverrechnung beachtet (vgl. Kap. 4.2).
- ❺ Kostenstellen, die ein Krankenhaus lediglich für den Ausweis der Kosten von durch Dritte erbrachten Leistungen eingerichtet hat, werden nicht in die Kostenstellenverrechnung einbezogen.

5.2.2 Umlage mit Hilfe von Verrechnungsschlüsseln

Die Umlage der indirekten Kostenstellen auf die direkten Kostenstellen erfolgt auf der Grundlage von Verrechnungsschlüsseln. Die Festlegung der Verrechnungsschlüssel folgt dem Prinzip der Kostenverursachung. Nach diesem Prinzip muss eine Änderung der Bezugsgröße eine proportionale Änderung der umzulegenden Kosten zur Folge haben.

Entscheidend für die Qualität der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung ist die Wahl der geeigneten Verrechnungsschlüssel. Grundsätzlich sind vorzugsweise solche Größen der Verrechnung zugrunde zu legen, die die erbrachten Leistungen einer indirekten Kostenstelle unmittelbar unter Berücksichtigung der eingesetzten Personal- und Sachressourcen messen (z.B. Werkstattstunden, Reinigungsfläche gewichtet nach Reinigungsintensität, Wäschemenge in kg). Diese Informationen werden in den Leistungsstatistiken der Kostenstellen dokumentiert. Nur wenn derartige Leistungsstatistiken in den indirekten Kostenstellen nicht vorliegen, können für die Kostenumlage Verrechnungsschlüssel herangezogen werden, deren Größen in den empfangenden direkten Kostenstellen gemessen werden (z.B. Anzahl der Vollzeitkräfte, primäre Reparaturkosten, primäre Medikamentenkosten). Auch hier ist darauf zu achten, dass gewichtete Verrechnungsschlüssel den Vorzug vor ungewichteten Größen erhalten.

Grundlage für die Umlage der indirekten Kostenstellen sind Verrechnungsschlüssel

Beispiele:

- § Die Kostenstelle „EDV/IT-Support“ führt ein Auftragsbuch, in dem die anfordernden Kostenstellen und die Art der für diese Kostenstellen erbrachten Leistungen dokumentiert werden. Die Kosten der Kostenstelle werden über den Verrechnungsschlüssel „Arbeitsstunden“ den anfordernden Kostenstellen zugerechnet. Nicht sachgerecht wäre dagegen die Verwendung einer Bestandsgröße der anfordernden Kostenstellen (z.B. Anzahl der DV-Geräte gem. Inventarverzeichnis), da diese nicht die Leistungsanspruchnahme widerspiegelt.
- § Ein Krankenhaus verfügt über drei Gebäude. Für jedes dieser Gebäude ist eine Kostenstelle eingerichtet, auf der die primären gebäudebezogenen Kosten gebucht sind (z.B. Reparaturkosten, Kosten für behördliche Prüfungen). In Ermangelung einer Leistungsstatistik erfolgt die Umlage der Kosten der Gebäudekostenstellen anhand der Nutzfläche der in den jeweiligen Gebäuden befindlichen Kostenstellen. Nicht sachgerecht wäre dagegen eine Verrechnung der Gebäudekosten nach der Anzahl der in den leistungsempfangenden Kostenstellen tätigen Mitarbeiter, da die Gebäudekosten bei einer Erhöhung der Mitarbeiteranzahl nicht proportional ansteigen.

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.

Für viele Kostenstellen sind alternative Verrechnungsschlüssel angegeben, die jedoch einer abgestuften Priorität in der Anwendung unterliegen. Dabei ist die höchste Prioritätsstufe durch die niedrigste Ziffer gekennzeichnet. Leistungsbeschreibende Schlüssel der zu verrechnenden Kostenstelle sind grundsätzlich mit erster Priorität zu verwenden. Ggf. ist in Kostenstellen mit einem hohen Leistungs- und Kostenvolumen und vielfältigen Leistungsbeziehungen eine differenzierte Leistungserfassung neu einzurichten. Für Kostenstellen, die keine Leistungen erstellen oder bei denen die Leistungsbeschreibung und -messung mit besonderen Schwierigkeiten verbunden ist, stehen für die Verrechnung Schlüsselgrößen der empfangenden Kostenstellen zur Verfügung. Für das Verrechnungsverfahren ist stets der verfügbare Schlüssel mit der höchsten Priorität zu wählen.

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.
- ① Bei der Verwendung von Flächenangaben als Verrechnungsschlüssel sind statistische Angaben (z.B. des Raumbuches) mit den tatsächlichen Nutzungsverhältnissen abzugleichen. Abweichungen im Umfang der genutzten Flächen oder eine nur zeitweise Nutzung von Räumen (z.B. Schließung teilstationärer Einrichtungen am Wochenende) sind durch sachgerechte Gewichtungen der verwendeten Schlüssel zu berücksichtigen.

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.

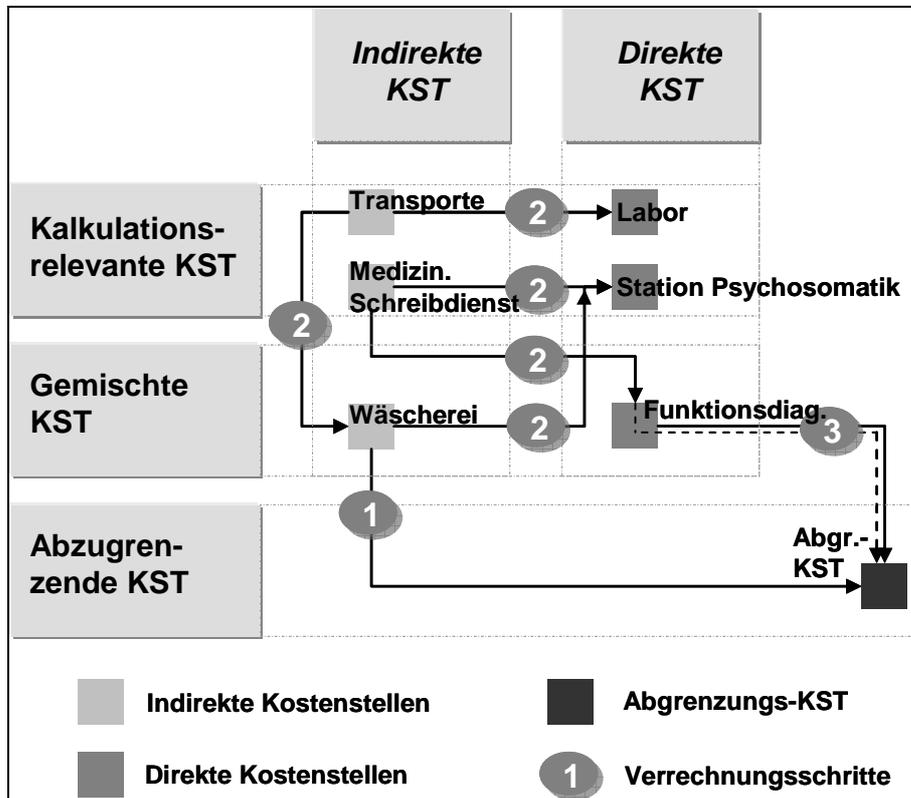
Auch die auf die direkten gemischten Kostenstellen verrechneten Kosten der indirekten Kostenstellen sind anteilig abzugrenzen

Maßgeblich für die Höhe des Abgrenzungsbetrags ist der am gesamten Leistungsvolumen gemessene prozentuale Anteil der von der gemischten direkten 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:

Abbildung 5: Zusammenhang von Kostenausgliederung und Kostenstellenverrechnung (Beispiel)



Zu Beginn werden in Schritt 1 die indirekten Kostenstellen von nicht kalkulationsrelevanten Kostenanteilen entlastet. Im vorliegenden Beispiel wird die Kostenstelle „Wäscherei“ auch für ein benachbartes Altenheim tätig, die dafür anfallenden Kostenanteile werden der Abgrenzungskostenstelle zugeordnet. Kap. 4.4.3 beschreibt ausführlich geeignete Vorgehensweisen anhand beispielhafter Ausgliederungstatbestände. Die Entlastung erfolgt vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung.

Schritt 2 beinhaltet die Verteilung der Kosten der indirekten Kostenstellen auf die direkten Kostenstellen und ggf. die abzugrenzenden Kostenstellen im Zuge der IBLV. Im Beispiel werden auch Verrechnungen zwischen indirekten Kostenstellen durchgeführt. Der Umfang der zu verteilenden Kosten richtet sich nach den bestehenden Leistungsbeziehungen ohne Rücksicht darauf, ob es sich bei der empfangenden Kostenstelle um eine gemischte oder abzugrenzende Kostenstelle handelt. Daher werden die Kosten der Kostenstelle „Medizinischer Schreibdienst“ entsprechend der Gesamtzahl der für die Kostenstelle „Funktionsdiagnostik“ erstellten Dokumente verrechnet, auch wenn ein Teil der Dokumente auf ambulante Patienten entfällt. Die Ausgliederung der bei der Kostenstellenverrechnung anteilig zu berücksichtigenden nicht kalkulationsrelevanten Kosten wird über die empfangende direkte Kostenstelle vorgenommen.

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 Kostenstellenauswertung 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.

Auf die gemischte direkte Kostenstelle „Funktionsdiagnostik“ entfallen nach dem Verteilungsschlüssel der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung Kosten der indirekten Kostenstelle „Medizinischer Schreibdienst“ in Höhe von 20.000 GE. Um zu berücksichtigen, dass ein Teil der Kosten auch für die nicht kalkulationsrelevanten Leistungen an ambulanten Patienten angefallen ist, wird der nicht kalkulationsrelevante Leistungsanteil an der Gesamtleistung der direkten Kostenstelle „Funktionsdiagnostik“ auch auf die zu verrechnenden 20.000 GE Kosten der indirekten Kostenstelle „Medizinischer Schreibdienst“ bezogen. Daher werden 25% der aus der indirekten Kostenstelle „Medizinischer Schreibdienst“ verrechneten Kosten in Höhe von 20.000 GE der Abgrenzungskostenstelle zugeordnet. Im Ergebnis erhält damit die Kostenstelle „Funktionsdiagnostik“ lediglich die kalkulationsrelevanten Kostenanteile in Höhe von 15.000 GE, während 5.000 GE ($= 0,25 * 20.000$ GE) der Abgrenzungskostenstelle zugeordnet werden.

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

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.

Nach der Kostenstellenverrechnung werden die abzugrenzenden Kostenstellen ausgegliedert

Arbeitsschritte:

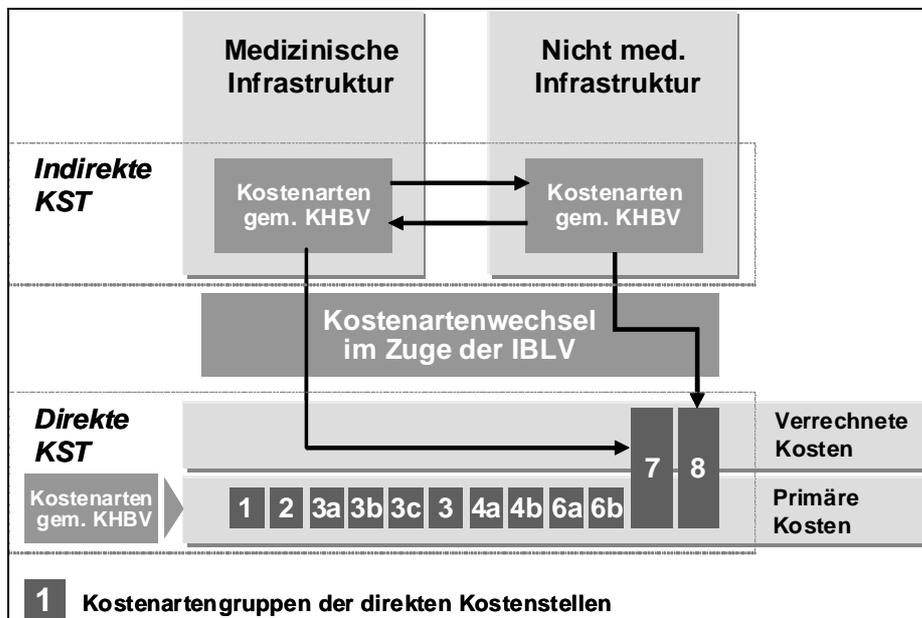
- Entlasten Sie die abzugrenzenden Kostenstellen gegen die Abgrenzungskostenstelle.
-  Erstellen Sie eine Summen- und Saldenliste für die abzugrenzenden Kostenstellen jeweils vor und nach ihrer Entlastung und fügen Sie die Summen- und Saldenliste der Dokumentation bei.

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.

Jede Kostenart ist genau einer Kostenartengruppe zugeordnet. Die Verdichtung erfolgt anhand der Zuordnungsvorschrift in Anlage 4.1. Die verrechneten Kosten aus den indirekten Kostenstellen, die dort als primäre Kosten in der Gliederung der KHBV vorliegen, erfahren im Zuge der IBLV einen Kostenartenwechsel: Die von den indirekten Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur verrechneten Kosten werden der Kostenartengruppe 7 der direkten Kostenstellen zugeordnet. Die von den indirekten Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur verrechneten Kosten werden der Kostenartengruppe 8 der direkten Kostenstellen zugeordnet. Damit fassen die Kostenartengruppen 7 und 8 im Zuge der Verdichtung sowohl die auf den direkten Kostenstellen primär gebuchten Kosten der betreffenden Kostenarten als auch die von indirekten Kostenstellen verrechneten Kosten zusammen (vgl. Abb. 6).

Abbildung 6: Verdichtung der Kostenarten zu Kostenartengruppen



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:

Kostenstelle „medizinischer Schreibdienst“		
Empfänger	Leistungsanteil	Betrag
Psychotherapie	80%	48.000
Station	10%	6.000
Ergotherapie	5%	3.000
Ambulanz	5%	3.000
Summe	100%	60.000

Die auf die jeweiligen empfangenden direkten Kostenstellen zu verrechnenden Kosten werden dort insgesamt der Kostenartengruppe 7 (Personal- und Sachkosten der medizinischen Infrastruktur) zugerechnet, da der medizinische Schreibdienst eine Kostenstelle der medizinischen Infrastruktur ist. Dementsprechend werden die der Kostenstelle „Psychotherapie“ zuzurechnenden Kosten in Höhe von 48.000 GE (= 80% von 60.000 GE) gemeinsam mit den auf der Kostenstelle „Psychotherapie“ direkt gebuchten Kosten der Kostenartengruppe 7 zusammengefasst. Die ursprünglich in der Kostenstelle „medizinischer Schreibdienst“ gebuchten Beträge in den Kostenarten „Personalkosten medizinisch technischer Dienst“, „Bürobedarf“ und „Reinigung“ verlieren ihren Kostenartenbezug und erhöhen damit nicht die entsprechende in der direkten Kostenstelle vorhandene Kostenart.

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

Checkliste: Zentrale Arbeitsschritte der Kostenstellenverrechnung	
Arbeitsschritte	Kapitel
1. Einrichtung der 12 Kostenartengruppen in jeder direkten Kostenstelle	5.1.1
2. Sicherstellung, dass die Kosten der indirekten Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur im Zuge der Kostenstellenverrechnung jeweils der Kostenartengruppe 7 der direkten Kostenstellen zugeordnet werden	5.1.1
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	5.1.1
4. Prüfung der Sammelkostenstellen auf dort gebuchte Kosten, die den Kostenartengruppen 1 bis 6 der direkten Kostenstellen zuzuordnen sind	5.1.2
5. Entlastung der Sammelkostenstellen	5.1.2
6. Prüfung der Einrichtung von Verdichtungskostenstellen vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung und ggf. Umlage der Kosten der zu verdichtenden Kostenstellen auf die jeweilige Verdichtungskostenstelle	5.1.3
7. Erzeugung einer Summen- und Saldenliste für die Kostenstellen vor Durchführung der IBLV	5.2.2
8. Zuordnung von Verrechnungsschlüsseln für jede indirekte Kostenstelle der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur	5.2.2
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	5.2.2

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:

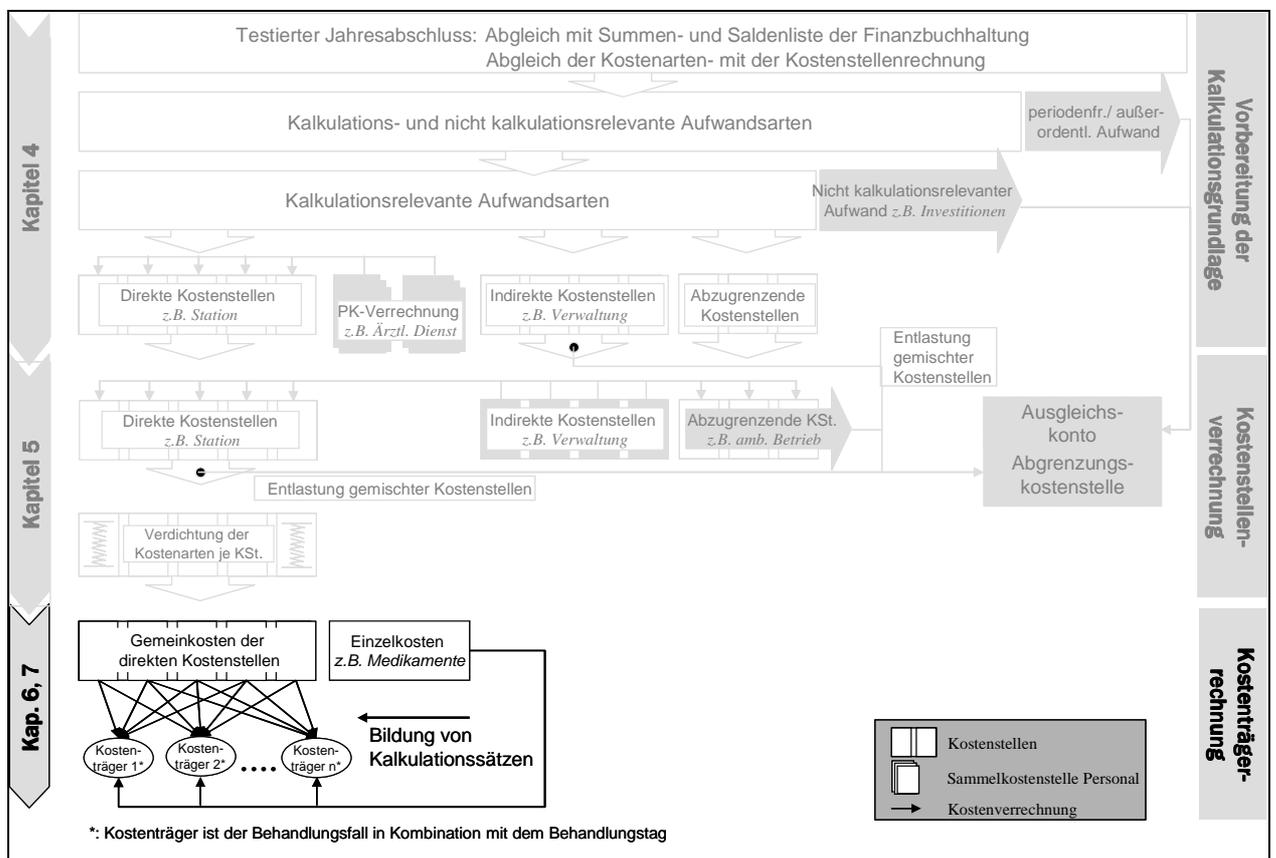
- Die Zahl der Beköstigungstage steht in einem plausiblen Verhältnis zu der Zahl der Pflegetage.
- Die Reinigungsfläche (= Grund- oder Nutzfläche gewichtet mit der Reinigungshäufigkeit) steht in einem plausiblen Verhältnis zu der Grund- oder Nutzfläche einzelner Bereiche.
- Die in einzelnen Leistungsstatistiken 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 Stellenumfanges) 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

Das sechste Kapitel beschreibt die Kostenträgerrechnung. Die auf den direkten Kostenstellen gebuchten kalkulationsrelevanten Kosten werden verursachungsgerecht den Behandlungstagen der leistungsempfangenden Fälle zugeordnet. Abbildung 7 zeigt diese Kalkulationsschritte (dunkel hervorgehoben). Sie gibt darüber hinaus einen zusammenfassenden Überblick über die bereits getätigten Arbeiten zur Ermittlung der Kosten.

Abbildung 7: Übersicht der Kalkulationsschritte: Kostenträgerrechnung



Die Kostenzuordnung der Gemeinkosten erfolgt über Kalkulationssätze, die auf der Grundlage von verursachungsgerechten Bezugsgrößen gebildet werden. Die jeweils in Abhängigkeit von betrachteter Kostenstelle und Kostenart zu wählenden Bezugsgrößen werden in Kapitel 6.4 und in Anlage 5 vorgegeben und anhand zahlreicher Beispiele erläutert. Einzelkosten sind den jeweiligen Patienten direkt zuzurechnen. Nach Durchführung der Kostenträgerrechnung werden die dem tagesbezogenen Datensatz zugeordneten Kosten in Kostenmodule gegliedert. Zusammengefasst sind folgende Arbeiten in Kapitel 6 durchzuführen:

Überblick über die zentralen Kalkulationsschritte Kapitel 6:	Kapitel
➤ Zuordnung der direkten Kostenstellen zu Kostenstellengruppen	6.2.1
➤ Bildung leistungshomogener Kostenstellen	6.2.2
➤ Durchführung der Kostenträgerrechnung: Einzel- und Gemeinkostenzurechnung	6.4
➤ Verdichtung der Kostendaten zu Kostenmodulen	6.5

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).

Einzelkosten werden dem Patienten direkt zugerechnet

Die Einzelkostenzuordnung hat für die Weiterentwicklung des pauschaliereten 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:

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 pauschalierter 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 kostenträgerbezogene Erfassung und Zurechnung aus der Finanzbuchhaltung oder anhand der Zurechnung über die Kostenstelle erfolgen.

Dokumentierter Ist-Verbrauch als Grundlage der Einzelkostenzurechnung

Alternative 1: Zurechnung über die Kostenstelle

Die Einzelkosten werden dem kostenverursachenden Patienten bei gleichzeitiger Belastung der Kostenstelle in Höhe der Einzelkosten zugeordnet. Die tagesbezogene Kostenzuordnung erfolgt dann in Zusammenhang mit der Erbringung einer konkreten Einzelleistung. Bei diesem Verfahren sind die Einzelkosten doppelt, d.h. sowohl in der Kostenstellen- als auch in der Kostenträgerrechnung, erfasst. Vor der Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten ist daher eine Entlastung der direkten und indirekten Kostenstellen von den Einzelkosten erforderlich.

Beispiel:

- ❶ 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)

Ist eine direkte patientenbezogene Einzelkostenzurechnung nicht möglich, sind für bestimmte Artikelgruppen hausindividuelle klinische Verteilungsmodelle (KVM) für homogene Patientengruppen zu bilden. Diese Patientengruppen werden über Diagnosen und/oder Prozeduren definiert. Die Kosten der in Anlage 10 genannten Artikelgruppen sind über diese KVM auf die Patienten zu verteilen.

Klinische Verteilungsmodelle bei fehlender Dokumentation des Ist-Verbrauchs

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.

Einzelkostenzurechnung insbesondere für teure Medikamente

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:

- Diagnosekode aus B20-B24 HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit] (ICD-10-GM Version 2010)
- 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:

$$9.504 / 10 = 950,40 \text{ GE je Fall}$$

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.

Sofern die Dokumentation von ICD- und OPS-Kodes fehlerfrei ist, wird jeder Patient, bei dem antiretrovirale Substanzen zur Behandlung von HIV-Infektionen eingesetzt wurden, auch in die Kostenverteilung einbezogen. Der Anteil von Patienten, die in die Kostenverteilung einbezogen werden, jedoch nicht mit einer antiretroviralen Substanz zur Behandlung von HIV-Infektionen behandelt wurden, wurde durch die Wahl geeigneter Identifikationsmerkmale minimiert. Die durch die individuelle Dosierung bedingten Kostenunterschiede der Patienten werden durch das KVM nicht abgebildet.

Hinweise:

- ❶ 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.
- ❷ 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.
- ❸ 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.
- ❹ 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 nachvollziehen zu können.

6.1.1.2 Besondere Hinweise zu einzelnen Artikelgruppen

Medikamente

- ① 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.
- ① 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.
- ① 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.
- ① Für Bluterpatienten sind die Kosten der Therapie mit Faktorpräparaten zu erfassen und als nicht kalkulationsrelevante Einzelkosten aus den Gesamtkosten auszugliedern. Diese Kosten sind der Abgrenzungskostenstelle zuzuordnen. Zusätzlich sind die nicht kalkulationsrelevanten und abzugrenzenden Einzelkosten für die Kosten der Therapie mit Faktorpräparaten für Bluterpatienten als Modul 99.10 bei der Datenübermittlung anzugeben. Das Modul 99.10 dient ausschließlich dem Ausweis der Einzelkosten für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren.
- ① 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.
- ① 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 Kostenzuweisung berücksichtigt werden.
- ① 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

- ❶ Anlage 10 enthält eine Liste von Artikeln bzw. Artikelgruppen, die als Sachgüter des übrigen medizinischen Bedarfs auszuweisen sind und der verbindlichen Einzelkostenzuordnung unterliegen.

Extern bezogene Leistungen (Untersuchungen in fremden Instituten)

- ❶ 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.
- ❶ Extern bezogene Dialyseleistungen und Leistungen verwandter Verfahren sind als Einzelkosten dem Patienten am entsprechenden Leistungstag zuzurechnen und in der Kostenstellengruppe 3 (Modul 3.6b) auszuweisen (vgl. zum Kostenausweis auch die Erläuterungen in Kap. 6.2.1).
- ❶ Sofern sich für andere extern bezogene Leistungen (z.B. Laboruntersuchungen) ein Patientenbezug herstellen lässt, ist unter Abwägung des dafür anfallenden Arbeitsaufwandes eine Einzelkostenzuordnung 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.
- ☑ Gleichen 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 Selbsterstellung 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

Die tagesbezogene Kostenzuordnung erfolgt über eine Bezugsgrößenkalkulation. Hierbei werden die Kalkulationssätze anhand geeigneter Bezugsgrößen gebildet. Je Kostenart und Kostenstelle ist eine Bezugsgröße zur Berechnung des Kalkulationssatzes heranzuziehen. Das Kalkulationsschema macht verbindliche Vorgaben, die anhand zahlreicher Beispiele in Kapitel 6.4 erläutert werden (vgl. auch Anl. 5). Diese Vorgaben sichern die Qualität, Validität und Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Der tagesbezogenen Kostenzuordnung liegt für den weitaus überwiegenden Teil der Kosten die gewichtete Bezugsgrößenkalkulation zugrunde. Für einzelne Kostenmodule findet auch die ungewichtete Bezugsgrößenkalkulation Anwendung.

6.1.2.1 Gewichtete Bezugsgrößenkalkulation

Bei der gewichteten Bezugsgrößenkalkulation werden die von direkten Kostenstellen erbrachten Leistungen nach dem mit der Leistungserbringung verbundenen Ressourcenverzehr gewichtet. Hierdurch wird dem Prinzip der Kostenverursachung bei der tagesbezogenen Kostenzuordnung Rechnung getragen. Für jede Kostenstelle wird ein Kalkulationssatz errechnet, der die Höhe der Kosten bestimmt, mit denen ein Patient bei der Inanspruchnahme einer Leistung der Kostenstelle tagesbezogen belastet wird. Die dem Behandlungstag zuzuordnenden Kosten der Kostenstelle ergeben sich aus der Zahl der empfangenen gewichteten Leistungen der Kostenstelle, die mit dem Kalkulationssatz multipliziert werden.

Bei der gewichteten Bezugsgrößenkalkulation werden die der Kostenverteilung zugrunde liegenden Leistungen gewichtet

Der Kalkulationssatz wird wie folgt gebildet:

$$KS = K / LG$$

$$LG = L1*G1 + L2*G2 + \dots + Ln*Gn$$

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:

$$kf = KS * (lf1*G1 + lf2*G2 + \dots + lfn*Gn)$$

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:

Art der Leistung	Punkte je Leistung (Gn)
Einzelgymnastik	30
Gruppengymnastik	8
Bäder	20
Bestrahlung mit Kurzwellen	5

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

Art der Leistung	Zahl der Leistungen	Punkte je Leistung	Punkte gesamt (LG)
Einzelgymnastik	6.500	30	195.000
Gruppengymnastik	6.200	8	49.600
Bäder	3.850	20	77.000
Bestrahlung	950	5	4.750
Summe	17.500		326.350

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:

$$\text{KS: } 180.000 \text{ GE} / 326.350 = 0,55 \text{ GE je Leistungspunkt}$$

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):

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

Die Leistungen der Kostenstelle physikalische Therapie werden im tagesbezogenen Datensatz der Patientin am jeweiligen Leistungstag mit Kosten in Höhe von 16,5 GE bewertet. Der Patientin werden deutlich höhere Kosten zugeordnet als bei der ungewichteten Bezugsgrößenkalkulation. Ursache ist der im Vergleich höhere Zeitbedarf bei der Einzelgymnastik.

Eine tagesbezogene Kostenzuordnung nach der gewichteten Bezugsgrößenkalkulation setzt voraus, dass die von der zu verrechnenden Kostenstelle erbrachten Leistungen tagesbezogen dokumentiert werden und ein Bewertungsmaßstab für eine verursachungsgerechte Kostenzuordnung je Leistung vorliegt. Eine patientenbezogene Kostenzuordnung nach der gewichteten Bezugsgrößenkalkulation ist in der Regel nur bei fall- und tagesbezogener Leistungsdokumentation in elektronischen Leistungserfassungssystemen möglich. Häufig wird bereits in der EDV für jede Leistung ein Standard-Ressourceneinsatz hinterlegt, z.B. auf der Grundlage von Abrechnungstarifwerken (GOÄ, DKG-NT, EBM etc.).

Hinweis:

- ① Eine fall- und tagesbezogene Kostenzuordnung im Rahmen einer ungewichteten Bezugsgrößenkalkulation mit dem Leistungsmerkmal „Leistungszahl“ reicht in den Therapie-, Untersuchungs- und Behandlungsbereichen nicht aus. Bei der Verwendung von gewichteten Bezugsgrößen (z.B. Leistungspunkte nach GOÄ) zur Verteilung der Kosten in Untersuchungs- und Behandlungsbereichen ist die jeweils hausindividuelle Kostenstruktur zugrunde zu legen. Krankenhausunabhängige Bewertungen der Leistungspunkte (z.B. GOÄ-Punkt-Erlös) sind im Rahmen dieser Kalkulation nicht zugelassen.

6.1.2.2 Ungewichtete Bezugsgrößenkalkulation

Bei der ungewichteten Bezugsgrößenkalkulation ist der in einer Kostenstelle berechnete Kalkulationssatz für jede dort erbrachte Leistung gleich hoch. Ein ggf. unterschiedlich hoher Ressourceneinsatz bei der Leistungserstellung findet keine Berücksichtigung. Sie hat daher den Nachteil, dass die Heterogenität der Leistungserstellung in den direkten Kostenstellen unberücksichtigt bleibt. Ihre Anwendung ist daher auf die Zurechnung der Infrastrukturkosten in den Kostenstellengruppen Station-Regelbehandlung und Station-Intensivbehandlung (Module 21.7, 22.7 und 21.8, 22.8) beschränkt. Hier wird die ungewichtete Bezugsgröße Pflage-tag vorgegeben, da der Anfall dieser Kostenarten in erster Linie mit der tatsächlichen Verweilzeit der Patienten in Verbindung steht.

Die ungewichtete Bezugsgrößenkalkulation verteilt Kosten in gleichmäßiger Höhe, ohne den tatsächlichen Ressourceneinsatz zu berücksichtigen

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:

$$KS = K / L$$

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:

$$kf = KS * lf$$

kf = 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 Pflgetage dokumentiert:

Station	Anzahl Pflgetage je Station		
	1	2	3
Januar	520	456	450
Februar	440	390	390
März	478	425	465
...			
Summe Jahr	6.600	5.300	5.800

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:

$$KS: \quad 170.000 \text{ GE} / 6.600 = 25,76 \text{ GE je Pflgetag}$$

Eine Patientin wird am 1. Februar auf die Station 1 aufgenommen und am 7. Februar entlassen. Für diesen Behandlungsfall ergeben sich 7 Pflgetage; jedem Pflgetag werden Kosten für die nicht medizinische Infrastruktur in Höhe von $kf = 25,76 \text{ GE}$ zugerechnet.

6.2 Differenzierung der Kostenstellengliederung

6.2.1 Zuordnung der direkten Kostenstellen zu Kostenstellengruppen

Die Kostenträgerrechnung wird auf der Grundlage der in jeder einzelnen direkten Kostenstelle des Krankenhauses vorliegenden Kosten- und Leistungsdaten durchgeführt. Für die Vergleichbarkeit der Kalkulationsergebnisse ist analog der Zusammenfassung der krankenhausesindividuellen Kostenartengliederung zu Kostenartengruppen (vgl. Kap. 5.1.1) die Zusammenfassung der krankenhausesindividuellen Struktur der Kostenstellengliederung zu einheitlich definierten Kostenstellengruppen erforderlich. Dazu sind die direkten Kostenstellen eines Krankenhauses entsprechend der Art der dort erbrachten Leistungen einer der definierten Kostenstellengruppen zuzuordnen.

*Zusammenfassung der
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.

Die Zuordnung einzelner Kostenstellen zu Kostenstellengruppen ergibt sich aus den Vorgaben der Anlage 6. Sollten in einem Krankenhaus eingerichtete Kostenstellen dort nicht aufgeführt sein, so ist bei der Zuordnung sinngemäß entsprechend den Erläuterungen in Kapitel 6.4 zu verfahren.

Hinweise:

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

- ① In Krankenhäusern, die sowohl nach dem PSY- als auch dem DRG-Entgeltssystem 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.
- ① Für die Kosten medizinischer Institutsleistungen, die entweder im Krankenhaus selbst durchgeführt oder durch externe Dritte erbracht werden können, ist zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit ein einheitlicher Kostenausweis erforderlich. Beauftragt ein Krankenhaus Dritte mit der Leistungserstellung (z.B. von Laboruntersuchungen, diagnostischen Leistungen), werden die dafür anfallenden Kosten mit der Kostenart „Untersuchungen in fremden Instituten“ unter der Kostenartengruppe 6b ausgewiesen. Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit mit Kalkulationsergebnissen aus Krankenhäusern, die diese Leistungen selbst erstellen, sind die Kosten für von Dritten bezogenen Institutsleistungen derjenigen Kostenstellengruppe zuzuordnen, in der auch bei Selbsterstellung der Leistung die Kosten ausgewiesen worden wären.

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 krankenhauseinterne Personalkostenverrechnung und die IBLV einbezogen werden.

Die Einrichtung separater Kostenarten und Kostenstellen ermöglicht den einheitlichen Kostenausweis

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 Kostenstellengliederung 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):

Erbrachte Leistung (Bezeichnung)	Leistende Kostenstelle	am Patienten erbrachte Einzelleistungen (Stunden/Jahr)					
		Ärzte	PD/Erz.	Psycholog.	Sozialarb.	Spez.-ther.	FD/MTD
Gesprächstherapie	Station	1.860		1.170			
Psycholog. Tests	Station	520		420			
Entspannungsverfahren	Station		380				
Sporttherapie	Physikalische Therapie					1.620	
Beschäftigungstherapie	Ergotherapie				890	2.050	
Arbeitstherapie (Holzbearbeitung)	Ergotherapie				740	2.910	
Sprachtherapie	Station					410	
Neurol. Diagnostik (EEG, EMG)	Funktionsdiagnostik	390					820
Summe		2.770	380	1.590	1.630	6.990	820

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

Sofern erforderlich, sind weitere Kostenstellen zur differenzierten Leistungs- und Kostenabbildung einzurichten. Die Kostenstellenbildung muss sich an den Vorgaben der Anlage 7 zur Mindestdifferenzierung der Kostenstellengliederung orientieren. Die neu eingerichteten Kostenstellen sind einer dem Leistungsinhalt nach zutreffenden Kostenstellengruppe zuzuordnen. Da die Kostenstellen dem Kostenausweis von am Patienten erbrachten Leistungen dienen, handelt es sich um direkte 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:

Erbrachte Leistung (Bezeichnung)	Leistende Kostenstelle	am Patienten erbrachte Einzelleistungen (Stunden/Jahr)					
		Ärzte	PD/Erz.	Psycholog.	Sozialarb.	Spez.-ther.	FD/MTD
Gesprächstherapie	Psychotherapie	2.380	380	1.590			
Psycholog. Tests							
Entspannungsverfahren							
Sporttherapie	Physikalische Therapie					1.620	
Beschäftigungstherapie	Ergotherapie (Beschäftigungsth.)				890	2.050	
Arbeitstherapie (Holzbearbeitung)	Ergotherapie (Werkstätten)				740	2.910	
Sprachtherapie	Logopädie					410	
Neurol. Diagnostik (EEG, EMG)	Funktionsdiagnostik	390					820
	Station						
Summe		2.770	380	1.590	1.630	6.990	820

In der neu eingerichteten Kostenstelle „Psychotherapie“ wurde das Leistungsvolumen für Gesprächstherapie, psychologische Tests und Entspannungsverfahren zusammengefasst (kumulierte Stundenzahl in den grau eingefärbten Feldern der Tabelle). Die bestehende Kostenstelle „Ergotherapie“ wurde geteilt: Leistungen der Beschäftigungstherapie und der Arbeitstherapie (Holzbearbeitung) werden nun separaten Kostenstellen zugeordnet, um Unterschiede in der Kostenstruktur differenziert abbilden zu können. Sprachtherapeutische Maßnahmen werden der neuen Kostenstelle „Logopädie“ zugeordnet. Gleichzeitig sind nun für die Kostenstelle „Station“ keine therapeutischen Kernleistungen mehr im Leistungserfassungssystem hinterlegt.

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 direkter 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:

Ausgangsdaten	Leistungsvolumen je Kostenstelle inkl. Station (Stunden/Jahr)									
	Ärzte	Ant. (%)	Psychologen	Ant. (%)	Sozialarb.	Ant. (%)	Spez.-therap.	Ant. (%)	FD/MTD	Ant. (%)
Vollzeitkräfte (VK)	3,0		2,0		1,5		5,0		0,5	
Netto-JAZ (Stunden): 1.640 je VK	4.920		3.280		2.460		8.200		820	
Kostenstelle										
Psychotherapie	2.380	48%	1.590	48%						
Physikalische Therapie							1.620	20%		
Ergotherapie (Beschäftigungsth.)					890	36%	2.050	25%		
Ergotherapie (Werkstätten)					740	30%	2.910	35%		
Logopädie							410	5%		
Funktionsdiagnostik	390	8%							820	100%
Zwischensumme	2.770		1.590		1.630		6.990		820	
Station	2.150	44%	1.690	52%	830	34%	1.210	15%	0	
Summe	4.920	100%	3.280	100%	2.460	100%	8.200	100%	820	100%

Im Beispiel wird vereinfachend der Netto-Jahresarbeitszeit eine einheitliche Stundenzahl für alle Berufsgruppen zugrunde gelegt. Unter Multiplikation mit der Zahl der Vollzeitkräfte ergibt sich für jede Berufsgruppe das Gesamt-Leistungsvolumen in Stunden. Nach Abzug der bereits differenziert in den Kostenstellen für Therapie und Diagnostik zugeordneten Leistungszeit ergibt sich für den Leistungsbe-
reich Station das dort zuzuordnende Leistungsvolumen im Sinne einer Residualgröße (Stundenzahl in den grau eingefärbten Feldern der Ta-
belle).

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 (übriger 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:

Ausgangsdaten	Personalkosten (EUR/Jahr) je Kostenstelle inkl. Station											
	Ärzte	Ant. (%)	PD/Erz.	Ant. (%)	Psycholog.	Ant. (%)	Sozialarb.	Ant. (%)	Spez.-ther.	Ant. (%)	FD/MTD	Ant. (%)
Brutto-Personalaufwand	285.000		500.000		170.000		120.000		275.000		25.000	
Kostenstelle												
Psychotherapie	136.800	48%	10.000	2%	81.600	48%						
Physikalische Therapie								55.000	20%			
Ergotherapie (Beschäftigungsth.)							43.200	36%	68.750	25%		
Ergotherapie (Werkstätten)							36.000	30%	96.250	35%		
Logopädie									13.750	5%		
Funktionsdiagnostik	22.800	8%									25.000	100%
Station	125.400	44%	490.000	98%	88.400	52%	40.800	34%	41.250	15%	0	
Summe	285.000	100%	500.000	100%	170.000	100%	120.000	100%	275.000	100%	25.000	100%

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:

Ausgangsdaten	Personalkosten	Ant. (%)	Sachkosten
Gesamtkosten (wie Tab. oben)	1.375.000		47.000
Kostenstelle			
Psychotherapie	228.400	17%	7.990
Physikalische Therapie	55.000	4%	1.880
Ergotherapie (Beschäftigungsth.)	111.950	8%	3.760
Ergotherapie (Werkstätten)	132.250	10%	4.700
Logopädie	13.750	1%	470
Funktionsdiagnostik	47.800	3%	1.410
Station	785.850	57%	26.790
Summe	1.375.000	100%	47.000

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

Hinweise:

- ① 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.
- ① Die zu kalkulatorischen Zwecken eingerichteten Kostenstellen sind dann in die Kostenstellenverrechnung (IBLV) einzubeziehen, wenn das Krankenhaus dort selbst Leistungen erbringt (insbesondere im Leistungsbereich Therapie). Dabei gilt hinsichtlich der gem. Anlagen 8 und 9 anzuwendenden Verrechnungsschlüssel, dass bei Fehlen der dort genannten Schlüssel (z.B. Grund- oder Nutzfläche) als „Universal“-Verrechnungsschlüssel stets die der Kostenstelle zugeordneten Personalkosten oder Vollzeitkräfte heranzuziehen sind.
- ① Zu kalkulatorischen Zwecken eingerichtete Kostenstellen, die lediglich dem Kostenausweis von Dritten bezogener Leistungen dienen, sind dagegen nicht in die Kostenstellenverrechnung (IBLV) einzubeziehen.

- ① 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.
- ① Falls in den Kostenstellen der Leistungsbereiche Therapie und Diagnostik neben der Leistungszeit auch Aufwandspunkte lt. Leistungskatalog dokumentiert sein sollten, ist auf Basis des erfassten Punktevolumens 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.
- ① 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.
- ① In einigen Krankenhäusern werden die Personalkosten nicht vollständig einer Sammelkostenstelle (Allgemeine Kostenstelle) zugeordnet, sondern in Teilen auch direkt auf einzelne Kostenstellen gebucht. In diesem Fall sind die Ausgangsdaten für die Gesamtleistung (Vollzeitkräfte und Netto-Jahresarbeitszeit, vgl. Tabelle im 3. Schritt) um den Anteil zu korrigieren, der den bereits den einzelnen Kostenstellen zugeordneten Kosten entspricht.
- ① 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 zugerechnet. Kosten der Infrastruktur (Kostenartengruppen 7 und 8) werden in die IBLV einbezogen.
- ① 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.
- ① 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.

Die Beschreibung von Einzelleistungen, deren Aufnahme in einen Leistungskatalog und Erfassung in der leistenden Kostenstelle bildet in den Leistungsbereichen Therapie und Diagnostik die Grundlage der Kostenzurechnung auf den Patienten. Soweit frei verfügbare Standard-Leistungskataloge (z.B. DKG-NT, GOÄ, EBM) die in den Kostenstellen erbrachten Leistungen abbilden, dienen diese als Grundlage der Leistungsdokumentation. Dies trifft insbesondere auf die Kostenstellengruppen im Leistungsbereich Diagnostik zu. Die genannten Leistungskataloge decken aber auch in Teilen therapeutische Leistungen ab, so z.B. in der Physikalischen Therapie.

Für den Teil des Leistungsspektrums, der nicht bereits in frei verfügbaren Standard-Leistungskatalogen abgebildet wird, ist eine geeignete Grundlage der Leistungserfassung zu schaffen. Auf Krankenhaus- oder Trägerebene sind Leistungskataloge zu entwickeln, die das Spektrum der therapeutischen Kernleistungen (Psychotherapie, Ergotherapie, Physikalische Therapie und andere therapeutische Verfahren) vollständig und in ausreichender Differenzierung in Form von Einzelleistungen beschreiben.

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

Leistungsinformation	Leistungsbereich		
	Station	Therapie	Diagnostik
Leistungsbeschreibung (Art/Inhalt)	x	x	x
Umfang/Anzahl der Leistung(en)	x	x	x
Fallnummer (Aufenthalt)	x	x	x
Datum der Leistungserbringung	x	x	x
Leistende Kostenstelle	x	x	x
Einzelleistung/Gruppenleistung (mit Teilnehmerzahl)	x	x	
Leistungserbringer (mind. Berufsgruppe)	x	x	

Zu den einzelnen Leistungsinformationen sind folgende Hinweise zu beachten:

- Die Leistungsbeschreibung kennzeichnet die Art bzw. den Inhalt der erbrachten Leistung. Daraus lässt sich gleichzeitig ableiten, welchem Leistungsbereich eine Leistung zuzuordnen ist. Anknüpfend an den Leistungsinhalt ist bei der Bildung von Kostenstellen zu kalkulatorischen Zwecken (vgl. Kap. 6.2.2) das Leistungsvolumen den Kostenstellen zuzuordnen.
- Zu jeder Leistung muss der erbrachte Leistungsumfang (entweder Zeitdauer – ggf. gewichtet –, verbrauchte Menge oder Punktzahl) erfasst sein. Für die Zeitdauer beschreibende Leistungseinheiten sollte ein Zeitintervall festgelegt werden, dessen Umfang die Art der Leistung und den für die Erfassung entstehenden administrativen Aufwand berücksichtigt. Die Leistungen sind mit ihrer Beschreibung und den zu erfassenden Leistungseinheiten in einen Leistungskatalog aufzunehmen (Beispiel: Gesprächstherapie Einzelsitzung, Leistungseinheit je 10 Minuten Therapiedauer).
- 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 gleichermaßen 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.

6.4 Durchführung der Kostenträgerrechnung

In der folgenden Tabelle sind alle Bezugsgrößen zur Bildung der Kalkulationsätze für die patientenbezogene Kostenzuordnung aufgeführt. Für einzelne Kostenmodule besteht eine Auswahlmöglichkeit mit entsprechender Priorisierung. Die in Tabelle 10 genannten Bezugsgrößen für die jeweiligen Kostenarten- und Kostenstellengruppen sind verbindlich. Andere als die dargestellten Bezugsgrößen kommen für die Kostenträgerrechnung nicht in Betracht. So ist beispielsweise eine Kostenzuordnung der Personalkosten des Pflegedienstes im Bereich Station (Modul 21.2 und Modul 22.2) unter Verwendung des ungewichteten Leistungsmerkmals „Pflegetage“ nicht sachgerecht und aus diesem Grund unzulässig. Als Bezugsgröße für Modul 21.2 und Modul 22.2 gilt das Leistungsmerkmal „gewichtete Pflegetage“.

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

Anlage 5 PSY		Personal-kosten ärztlicher Dienst	Personalkosten Pflege-/ Erziehungsdienst	Personalkosten Psychologen	Personalkosten Sozialarbeiter/ Sozial-/Heilpädagogen	Personalkosten Spezialtherapeuten	Personal-kosten med.-techn. Dienst/ Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten übriger medizinischer Bedarf		Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur
		1	2	3a	3b	3c	3	4a	4b ¹⁾	6a	6b ¹⁾	7	8
Station - Regelbehandlung	21	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Gewichtete Pflegetage	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Pflegetage	Pflegetage
Station - Intensivbehandlung	22	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Gewichtete Pflegetage	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Pflegetage	Pflegetage
Psychotherapie	23	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Leistungszeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Leistungszeit	Leistungszeit
		Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog		Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Physikalische Therapie	24	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Leistungszeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Leistungszeit	Leistungszeit
		Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog		Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Ergotherapie	25	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Leistungszeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Leistungszeit	Leistungszeit
		Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog		Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Andere Therapie	26	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Leistungszeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Leistungszeit	Leistungszeit
		Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog		Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Kardiologische Diagnostik/ Therapie	7	1. Eingriffszeit	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit
		2. Punkte lt. Leistungskatalog					2. Punkte lt. Leistungskatalog	2. Punkte lt. Leistungskatalog		2. Punkte lt. Leistungskatalog	2. Punkte lt. Leistungskatalog	2. Punkte lt. Leistungskatalog	2. Punkte lt. Leistungskatalog
Endoskopische Diagnostik/ Therapie	8	1. Eingriffszeit	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit
		2. Punkte lt. Leistungskatalog					2. Punkte lt. Leistungskatalog	2. Punkte lt. Leistungskatalog		2. Punkte lt. Leistungskatalog	2. Punkte lt. Leistungskatalog	2. Punkte lt. Leistungskatalog	2. Punkte lt. Leistungskatalog
Radiologie	9	Punkte lt. Leistungskatalog	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Laboratorien	10	Punkte lt. Leistungskatalog	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Übrige diagnost. und therapeut. Bereiche	11	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit
		2. Punkte lt. Leistungskatalog	2. Punkte lt. Leistungskatalog				2. Punkte lt. Leistungskatalog	2. Punkte lt. Leistungskatalog		2. Punkte lt. Leistungskatalog	2. Punkte lt. Leistungskatalog	2. Punkte lt. Leistungskatalog	2. Punkte lt. Leistungskatalog

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 Leistungsdaten, 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.
- Ein Behandlungstag entspricht einem „Pflegetag“. Ein Pflegetag ist jeder Tag mit (teil-)stationärer Behandlung im Krankenhaus. Der Aufnahme-, Entlass- und Verlegungstag zählt jeweils als ein Behandlungstag (bei Aufnahme und Entlassung am selben Tag wird 1 Pflegetag gezählt). Auch gelten Tage des Urlaubsantritts und der Urlaubsrückkehr jeweils als Pflegetag. Die Zahl der Pflegetage stimmt damit nicht mit den in der Mitternachtsstatistik dokumentierten Aufenthaltstagen überein.
- Tage vollständiger Abwesenheit des Patienten (z.B. Tage mit Beurlaubung, Tage mit Behandlung in einem anderen Entgeltbereich) sind Abwesenheitstage. Diesen Tagen dürfen keine Kosten zugerechnet werden.
- 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.
 - Für Einzelleistungen ohne dokumentiertes Leistungsdatum ist anhand geeigneter Informationen (Patientenakte, andere Aufzeichnungen) das zutreffende Leistungsdatum festzulegen. Ggf. ist auf Übereinstimmung mit dem für einen OPS-Kode dokumentierten Datum zu achten.

- 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 Pflgetagen des Aufenthalts in gleicher Höhe zugerechnet, wenn keine spezifischeren Verbrauchsinformationen vorliegen
 - Nicht zulässig ist dagegen die kumulierte Zurechnung von Medikamentenkosten zu einem einzelnen Pflgetag.

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 Kostenstellenkosten vor Bildung des Gemeinkostenkalkulationssatzes um die auf Kostenstellen gebuchten Einzelkosten zu entlasten sind.

Für die Kalkulation der Gemeinkosten einer Kostenstelle wird für jede vorgegebene Bezugsgröße ein Kalkulationssatz berechnet. Die dem einzelnen Patienten zuzuordnenden Kosten der Kostenstelle ergeben sich aus der Zahl der empfangenen gewichteten Leistungen der Kostenstelle, die mit dem Kalkulationssatz multipliziert werden.

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

Therapie	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf
Leistungsdaten (der Kostenstelle)		
Alternative 1	Leistungszeit	Leistungszeit
Alternative 2	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Kostendaten (der Kostenstelle)	Gesamtkosten ärztlicher Dienst	Gesamtkosten übriger medizinischer Bedarf
Kalkulationssatz	 = Gesamtkosten/ Leistungsdaten (Alt. 1 oder 2)	 = Gesamtkosten/ Leistungsdaten (Alt. 1 oder 2)
Erläuterungen	Leistungszeit: Zeitspanne der Leistungserbringung am Patienten ohne Berücksichtigung von Vor-/Nachbereitung, Dokumentation, Wartezeiten Leistungskatalog: z.B. GOÄ, DKG-NT, Hauskatalog	
Besonderheiten		

Für die Gemeinkostenzuordnung wird auf Basis der kostenstellenbezogenen Leistungs- und Kosteninformationen der Kalkulationssatz je Leistung ermittelt. Grundlage sind die Kostenstellendaten über Kosten und Leistungen des betrachteten Datenjahres. Dabei ist darauf zu achten, dass ausschließlich kalkulationsrelevante Leistungen und Kosten einbezogen werden.

Die kostenträgerbezogenen Leistungs- und Kosteninformationen dienen der Kostenzuordnung auf den einzelnen Patienten.

Tabelle 12: Benötigte Daten zur kostenträgerbezogenen Berechnung der Behandlungskosten

Therapie	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf
Leistungsdaten (des Behandlungsfalls)	(datumsbezogen)	(datumsbezogen)
Alternative 1	Leistungszeit	Leistungszeit
Alternative 2	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Kostendaten (der Kostenstelle)	Kalkulationssatz ärztlicher Dienst	Kalkulationssatz übr. med. Bedarf

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 Pflgetage der leistungsempfangenden Patienten unter Verwendung der Kalkulationssätze.
-  Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachvollziehen zu können.

6.4.3 Station

Einbezogener Leistungsbereich

Der Leistungsbereich Station umfasst alle bettenführenden Bereiche mit allgemeiner Krankenversorgung. Die stationäre Versorgung kann im Rahmen einer Regelbehandlung, psychotherapeutischen, psychosomatischen oder Intensivbehandlung erfolgen. Zum Leistungsbereich Station zählt auch die teilstationäre Versorgung in Form einer Tages- oder Nachtklinik sowie ggf. ein vorhandenes Schlaflabor.

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 voneinander 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

Station	Einzelkostenkalkulation
	Einzelkosten Arzneimittel
Leistungsdaten (des Patienten)	IST-Verbrauch bzw. Verbrauch der einbezogenen Artikel nach KVM
Kostendaten	Artikelkosten
Alternative 1	Anschaffungspreis je Artikel
Alternative 2	Durchschnittspreis je Artikel
Erläuterungen	Bitte Vorgaben der Anlage 10 beachten.

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.

Bereits direkt dem fallbezogenen Datensatz zugeordnete und – abweichend von den Vorschriften der KHBV – nicht auf Kostenstellen gebuchte Einzelkosten sind hier nicht zu berücksichtigen. Sind dagegen Einzelkosten auch Kostenstellen zugeordnet worden, erfolgt die Zuordnung auf den einzelnen Patienten aus der Kostenstelle. Die Kostenstellenkosten sind dann vor Bildung des Gemeinkostensatzes um die Einzelkosten zu bereinigen.

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,

- manche Leistungen in einem bestimmten Turnus erbracht werden,
- administrative, koordinierende und planende Tätigkeiten ohne Einbeziehung der Patienten vorliegen,
- die beteiligten Berufsgruppen einerseits spezifische Aufgaben übernehmen und dabei andererseits in vielfältiger Weise zusammenarbeiten (multidisziplinäre Teams).

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.

Die Beschreibung und patientenbezogene Erfassung von Einzelleistungen der Behandlung gestaltet sich vor diesem Hintergrund schwierig bzw. ist mit einem hohen Aufwand verbunden. Daher erfolgt im Leistungsbereich Station die Kostenzurechnung auf den Patienten auf der Grundlage der gewichteten Verweilzeit (Pflegetag). In der Gewichtung sollen die aus relevanten Merkmalen ableitbaren Unterschiede im Einsatz von Personal- und Sachressourcen bei der Behandlung zum Ausdruck kommen.

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):

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

Station	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf
Leistungsdaten (der Kostenstelle)	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage
Kostendaten (der Kostenstelle)	Gesamtkosten ärztlicher Dienst	Gesamtkosten übriger medizinischer Bedarf
Kalkulationssatz	 = Gesamtkosten/ gewichtete Pflegetage	 = Gesamtkosten/ gewichtete Pflegetage
Erläuterungen	Pflegetage entspr. Definition in Kap. 6.4.1; Gewichtung der Betreuungsintensität entspr. Grundmodell mit Ausformung durch das KH (vgl. Anl. 13)	
Besonderheiten		

An kostenstellenbezogenen Daten werden das Gesamtleistungsvolumen (hier: Summe gewichteter Pflegetage) und die Gesamtkosten der Kostenartengruppe – bezogen auf die gesamte betrachtete Periode – benötigt.

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 Leistungsumfangs 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 in 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.

Die Patienten unterscheiden sich hinsichtlich des Behandlungsaufwands insbesondere durch den unterschiedlich hohen zeitlichen Umfang der Betreuung durch die jeweiligen Berufsgruppen. Die Gewichtung eines Pflgetags wird daher durch die an einem bestimmten Tag erforderliche Betreuungsintensität durch die verschiedenen Berufsgruppen bestimmt. Das Gewichtungsmo­dell geht davon aus, dass der erforderliche Behandlungsaufwand durch das Personal aus dem Ausprägungsgrad bestimmter Merkmale oder Verhaltensweisen eines Patienten resultiert. Diese Merkmale oder Verhaltensweisen unterliegen im Behandlungsverlauf mehr oder weniger großen Schwankungen, so dass bei der Gewichtung jeder Pflgetag separat betrachtet wird.

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

Die in der Anlage 13 des Kalkulationshandbuchs beispielhaft vorgestellten patientenbezogenen Merkmale und Verhaltensweisen, die in das Gewichtungsmo­dell eingehen, unterscheiden sich je nach Art des Behandlungsbereichs (Allgemeinpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Psychosomatik usw.). Hier werden grundsätzlich für jeden Behandlungsbereich fünf oder sechs – in Ausnahmefällen auch mehr – unterschiedliche patientenbezogene Merkmale/Verhaltensweisen definiert. Auf Grundlage der in Anlage 13 genannten Beispiele wählt das Krankenhaus für die Umsetzung vor Ort ein Gewichtungsmo­dell als Basis aus. Die konkrete Ausgestaltung des Gewichtungsmo­dells bleibt den Krankenhäusern in Anlehnung an die genannten Beispiele im Rahmen der folgenden Ausführungen selbst überlassen. Eine Abstimmung des verwendeten Gewichtungsmo­dells mit dem InEK ist dann erforderlich, wenn keine enge Anlehnung an ein in Anlage 13 aufgeführtes Beispiel erfolgt.

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-

lungsbereiche 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 Pflage tag 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

Sofern Krankenhäuser bereits den unterschiedlich hohen Betreuungsaufwand der Patienten im Stationskontext durch Verwendung von Gewichtungsmodellen dokumentieren, können diese nach individueller Absprache des Krankenhauses mit dem InEK als Grundlage der Kalkulation dienen. Die Ausgestaltung des Gewichtungsmodells ist durch das Krankenhaus nachvollziehbar darzulegen. Die Anwendbarkeit ist u.a. davon abhängig, dass das Gewichtungsmodell die wesentlichen, in diesem Abschnitt beschriebenen Grundsätze beinhaltet und dadurch zu mit anderen Krankenhäusern vergleichbaren Kalkulationsergebnissen führt.

Hinweise:

- ① Ein Pfl egetag ist immer vollständig als Tag in Regelbehandlung oder Tag in Intensivbehandlung zu kennzeichnen. Maßgeblich ist der an einem Tag überwiegende Anteil der Behandlungsart.
- ① Zur inhaltlichen Abgrenzung des stationären Leistungsumfangs insbesondere zu den therapeutischen Einzelleistungen vgl. die Erläuterungen in Kap. 6.3.
- ① Bei teilstationärer Versorgung ist zu beachten: Wurden keine eigenständigen Kostenstellen für die Stationen (Kostenstellengruppen 21 und 22) für die Tages- bzw. Nachtambulanz eingerichtet und liegt keine eigene Einstufung der Versorgungsintensität für tages-/nachtsambulanz Behandlung vor, dann sind die gewichteten Pfl egetage nach vollstationären und tages- bzw. nachtsambulanz Pfl egetagen zu differenzieren. Die für tages-/nachtsambulanz Behandlung erfassten Punkte sind mit einer Gewichtung < 1 zu versehen.
- ① Die Aufenthaltsdauer sogenannter „Kurzlieger“ auf der Station beträgt häufig nur wenige Stunden (z.B. bei tagesambulanz Versorgung). Dennoch ist die Verwendung einer kleineren Zeiteinheit (beispielsweise Stunden oder Minuten) als Bezugsgröße anstelle des Pfl egetags nicht zulässig, da dies zu einer Unterschätzung der Kosten von Kurzliegern führt.

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

Tabelle 15: Benötigte Daten zur kostenträgerbezogenen Berechnung der Behandlungskosten

Station	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf
Leistungsdaten (des Patienten)	Gewichtete Pflgetage (datumsbezogen)	Gewichtete Pflgetage (datumsbezogen)
Kostendaten (der Kostenstelle)	Kalkulationssatz ärztlicher Dienst	Kalkulationssatz übr. med. Bedarf

Beispiel:

- ☺ Eine Station der Allgemeinpsychiatrie (Regelbehandlung) verfügt über 15 Betten und erbringt pro Jahr 4.654 Pflgetage (L). Nach einem der oben beschriebenen Modelle wurden die Pflgetage 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 gewichtetem Pflgetag zu verwenden. Der Kalkulationssatz ergibt sich aus einer Division der zu verrechnenden Kosten (K) durch die Zahl der Punktesumme der Station (L):

$$\text{KS: } 125.400 \text{ GE} / 51.194 = 2,45 \text{ GE je Punkt}$$

Eine Patientin wurde am 5. Januar des Datenjahres auf die Station (Regelbehandlung) aufgenommen und am 11. Januar des Datenjahres entlassen.

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 $6 \cdot 2,45 \text{ GE} = 14,7 \text{ GE}$.

Tag 3 und 4: Die Patientin erhielt aufgrund einer Krisensituation jeweils 14 Punkte. Zuzuordnen sind jeweils $14 \cdot 2,45 \text{ GE} = 34,3 \text{ GE}$.

Tag 5 und 6: Die Patientin erhielt jeweils 6 Punkte. Zuzuordnen sind jeweils $6 \cdot 2,45 \text{ GE} = 14,7 \text{ GE}$.

Tag 7: Die Patientin erhielt 4 Punkte. Zuzuordnen sind $4 \cdot 2,45 = 9,8 \text{ GE}$.

Verrechnung der Personal- und Sachkosten der medizinischen Infrastruktur (Modul 21.7, 22.7) und der Personal- und Sachkosten der nicht medizinischen Infrastruktur (Modul 21.8, 22.8)

Die Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur werden im Rahmen einer ungewichteten Bezugsgrößenkalkulation auf Grundlage der erbrachten Pflage tage zugeordnet. Die benötigten Leistungs- und Kostendaten zeigt die folgende Tabelle:

Tabelle 16: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße

Station	Gemeinkostenkalkulation	
	Kosten med. Infrastruktur	Kosten nicht med. Infrastruktur
Leistungsdaten (der Kostenstelle)	Pflage tage	Pflage tage
Kostendaten (der Kostenstelle)	Gesamtkosten med. Infrastruktur	Gesamtkosten nicht med. Infrastruktur
Kalkulationssatz	 = Gesamtkosten/ Pflage tage	 = Gesamtkosten/ Pflage tage
Erläuterungen		
Besonderheiten		

Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen das Gesamtleistungsvolumen der Kostenstelle (hier: Pflage tage) und die Gesamtkosten der Kostenarten- gruppe, bezogen auf die gesamte betrachtete Periode.

Bei Aufnahme von Begleitpersonen ergibt sich folgende Besonderheit: Für Begleitpersonen, deren Mitaufnahme aus medizinischen Gründen erfolgt, sind eigene Falldatensätze anzulegen. Diese werden ausschließlich bei der Zuordnung der Kosten der Kostenartengruppe 8 (Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur) berücksichtigt. Bei der Bildung des Kalkulationssatzes je Pflage tag für das Modul 21.8/22.8 ist die Zahl der Pflage tage der Kosten- stelle erforderlichenfalls um die auf Begleitpersonen (Mitaufnahme ist medizinisch begründet) entfallenden Pflage tage zu ergänzen.

Die benötigten kostenträgerbezogenen Daten zur Berechnung der Behand- lungskosten zeigt Tabelle 17:

Tabelle 17: Benötigte Daten zur kostenträgerbezogenen Berechnung der Behandlungskosten

Station	Gemeinkostenkalkulation	
	Kosten med. Infrastruktur	Kosten nicht med. Infrastruktur
Leistungsdaten (des Patienten)	Pflegetage	Pflegetage
Kostendaten (der Kostenstelle)	Kalkulationssatz med. Infrastruktur	Kalkulationssatz nicht med. Infra.

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

Die modulare Gliederung des Kalkulationsergebnisses beinhaltet im Leistungsbereich Station eine Unterscheidung zwischen den Kosten der Regelbehandlung und den Kosten der Intensivbehandlung. Die Unterscheidung erfolgt anhand der Einstufung eines jeden Pflegetages als Pflegetag in Regelbehandlung bzw. Pflegetag in Intensivbehandlung. Maßgeblich für die Einstufung eines Pflegetages sind die dafür geltenden Richtlinien für die Kodierung eines entsprechenden OPS-Kodes.

Die Kostenaufteilung erfordert für jede Station die Einrichtung von zwei Kostenstellen: Die Kostenstelle „Station-Regelbehandlung“ enthält alle an Pflegetagen in Regelbehandlung entstandenen Kosten, während der Kostenstelle „Station-Intensivbehandlung“ alle Kosten an Pflegetagen in Intensivbehandlung zugeordnet werden. Das jeder Kostenstelle zuzuweisende Kostenvolumen sollte sich an dem Leistungsumfang ausrichten, der an den für die jeweilige Kostenstelle berücksichtigten Pflegetagen erbracht wurde. Dafür bietet sich eine Orientierung an dem auf Basis des zugrunde gelegten Modells der Betreuungsintensität dokumentierten Betreuungsumfang je Pflegetag an. Ggf. können auch auf Basis einer Expertenschätzung gewonnene Kriterien hinzutreten.

Hinweise:

- ① Falls in einem Krankenhaus separate stationäre Einheiten für die Intensivbehandlung eingerichtet sind (z.B. „geschlossene Station“, „Intensivstation“), werden die dafür eingerichteten Kostenstellen mit ihrem vollen Kostenumfang der Kostenstellengruppe „Station-Intensivbehandlung“ zugeordnet. Eine Kostenaufteilung entsprechend des durch einen OPS-Kode für einen Pflegetag dokumentierten Behandlungsstatus erfolgt nicht, solange die weitaus überwiegende Zahl der Pflegetage durch entsprechende OPS-Kodierung als Tage mit Intensivbehandlung gelten. Erreichen die Tage in Regelbehandlung einen Anteil von mindestens 25% der in der Kostenstelle angefallenen Pflegetage, werden die Kostenstellenkosten nach dem vorstehend beschriebenen Verfahren auf die Kostenstellengruppen 21 und 22 aufgeteilt.

- ❶ 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 Pflgetag für die Kostenartengruppe 8 ist die Zahl der Pflgetage der Kostenstelle um die auf Begleitpersonen (Mitaufnahme ist medizinisch begründet) entfallenden Pflgetage zu ergänzen.

Begleitpersonen (Mitaufnahme aus medizinischen Gründen) werden nur Kosten im Modul 21.8 zugeordnet

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 Pflgetage (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 Pflgetage 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 Pflgetagvolumen 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:

- Einzelpsychotherapie (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 (desaktualisierendes „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. Selbstsicherheits-training, 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 Hilfeoordination zur Reintegration in den individuellen psychosozialen Lebensraum
- Begleitung in die Patientengruppe
- Behandlung durch die pädagogisch-pflegerischen Fachkräfte (z.B. alltagsbezogene Trainings, Aktivierungsbehandlung, Anleitung und Förderung der Selbständigkeit, Esstraining, Verstärkerplan, Feedbackrunden)
- Täglich stundenweise Einzelbetreuung oder intensive Beaufsichtigung in Kleinstgruppe durch pädagogisch-pflegerisches Personal

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:

- ① 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 Kosten teurer Sachgüter werden dem einzelnen Patienten gemäß den Vorgaben der Anlage 10 als Einzelkosten direkt zugeordnet. Einzelkosten im Bereich Therapie können teure Medikamente (z.B. Neuroleptika) sein.

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

Therapie	Einzelkostenkalkulation
	Einzelkosten übriger medizinischer Bedarf
Leistungsdaten (des Patienten)	IST-Verbrauch bzw. Verbrauch der einbezogenen Artikel nach KVM
Kostendaten	Artikelkosten
Alternative 1	Anschaffungspreis je Artikel
Alternative 2	Durchschnittspreis je Artikel
Erläuterungen	Bitte Vorgaben der Anlage 10 beachten.

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.

Bereits direkt dem fallbezogenen Datensatz zugeordnete und – abweichend von den Vorschriften der KHBV – nicht auf Kostenstellen gebuchte Einzelkosten sind hier nicht zu berücksichtigen. Sind dagegen Einzelkosten auch Kostenstellen zugeordnet worden, erfolgt die Zuordnung auf den einzelnen Patienten von der Kostenstelle aus. Die Kostenstellenkosten sind dann vor Bildung des Gemeinkostensatzes um die Einzelkosten zu bereinigen.

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/Erziehungsdienst (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

Therapie	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf
Leistungsdaten (der Kostenstelle)		
Alternative 1	Leistungszeit	Leistungszeit
Alternative 2	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Kostendaten (der Kostenstelle)	Gesamtkosten ärztlicher Dienst	Gesamtkosten übriger medizinischer Bedarf
Kalkulationssatz	 = Gesamtkosten/ Leistungsdaten (Alt. 1 oder 2)	 = Gesamtkosten/ Leistungsdaten (Alt. 1 oder 2)
Erläuterungen	Leistungszeit: Zeit des unmittelbaren Patientenkontakts inkl. Vor-/Nachbereitung, Dokumentation Leistungskatalog: z.B. GOÄ, DKG-NT, Hauskatalog	
Besonderheiten		

Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen die Gesamtkosten der Kostenartengruppe und das Gesamtleistungsvolumen (hier: Leistungszeiten oder Punkte lt. Leistungskatalog über alle Patienten) der Kostenstelle, bezogen auf das Datenjahr.

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

Tabelle 20: Benötigte Daten zur kostenträgerbezogenen Berechnung der Behandlungskosten

Therapie	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf
Leistungsdaten (des Patienten)	(datumsbezogen)	(datumsbezogen)
Alternative 1	Leistungszeit	Leistungszeit
Alternative 2	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Kostendaten (der Kostenstelle)	Kalkulationssatz ärztlicher Dienst	Kalkulationssatz übr. med. Bedarf

Je nach Leistungsspektrum werden in den Funktionsstellen entweder die Leistungszeit oder Punkte lt. Leistungskatalog als patientenbezogene Leistungsdaten erhoben. Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen das Gesamtleistungsvolumen (hier: Leistungszeiten oder Punktsomme über alle Patienten) der Kostenstelle und die Gesamtkosten der Kostenartengruppe, bezogen auf das Datenjahr.

Hinweise:

- ① Die Leistungszeit beinhaltet die Zeit des unmittelbaren Patientenkontakts sowie die Zeit für Vor-/Nachbereitung und Dokumentation einer einzelnen therapeutischen Maßnahme.
- ① 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.
- ① 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 $2/n$.
 - Als Teilnehmer wird jeder Patient berücksichtigt, der überwiegend an der Gruppenmaßnahme teilnimmt. Dabei spielt es keine Rolle, ob ein Patient erst nach Beginn der Maßnahme hinzukommt bzw. bereits vor ihrem Ende die Maßnahme verlässt.

- ① Als Grundlage der patientenbezogenen Zurechnung von Kosten für therapeutische Maßnahmen finden Wartezeiten (Beispiel: Patient erscheint verspätet zum vereinbarten Termin) und Leerzeiten des Personals (Beispiel: im Therapieplan vorgesehene Maßnahme fällt aufgrund des Fehlens des Patienten aus) keine Berücksichtigung. Verlängert sich dagegen die Dauer einer Maßnahme aufgrund besonderer Umstände (Beispiel: Patient geht während eines Spaziergangs „verloren“ und muss gesucht werden), wird die Gesamtzeit der Maßnahme (im Beispiel inkl. „Suchzeit“) herangezogen.

Ergotherapie / Arbeitstherapie

Einige Einrichtungen bieten im Bereich der Ergotherapie arbeitstherapeutische Maßnahmen an. Die Patienten nehmen an diesen Maßnahmen im Rahmen des Therapieplans teil. Die arbeitstherapeutischen Maßnahmen sind als Einzelleistungen für die Patienten zu dokumentieren und entsprechende Kosten fall- und tagesbezogen zuzurechnen.

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. Möbelaufbereitung 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 diese 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 (einrichtungsimern) 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.

Als Therapiekosten gelten mindestens die Kosten des mit therapeutischen Aufgaben betrauten Personals. Für den Umfang dieser Kosten ist diejenige Tätigkeitszeit maßgeblich, die das Personal nicht an der Erstellung der eigentlichen Arbeitsleistungen mitwirkt. Zu den Therapiekosten zählen weiterhin die übrigen in der Kostenstelle anfallenden Kosten, soweit sie nicht nach Maßgabe der Erläuterungen unter Schritt 3 zu korrigieren bzw. gemäß Schritt 4 zu separieren sind.

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 Unterscheidung 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 zufließen (z.B. gegen Entgelt im Auftrag Dritter erstellte Leistungen, externer Verkauf durch die Einrichtung; vgl. die eingangs zu diesem Abschnitt genannten Beispiele), sind die mit diesen Arbeitsleistungen verbundenen Kosten auszugliedern. 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 einbezogen 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 Erläuterung 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 unterscheiden sind, ist die Einrichtung einer separaten Kostenstelle erforderlich. 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 datumsbezogenen 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 Werte-Korridor.
- 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

Kardiologische Diagnostik/Therapie: Der Leistungsbereich umfasst speziell für diagnostische und interventionelle Maßnahmen der Kardiologie eingerichtete Eingriffsräume. Zu den hier relevanten Leistungen zählen insbesondere diagnostische Katheteruntersuchungen an Herz und Kreislauf, therapeutische Katheterisierungen, perkutan-transluminale Gefäßinterventionen sowie Implantationen von Herzschrittmachern, Defibrillatoren und ggf. anderen herzunterstützenden Aggregaten.

Endoskopische Diagnostik/Therapie: Dem Leistungsbereich werden speziell für die Durchführung endoskopischer Maßnahmen eingerichtete Funktionsräume zugeordnet. Zu den hier relevanten Leistungen zählen insbesondere diagnostische und therapeutische Endoskopien, Drainagen, therapeutische Spülungen, endoskopische Biopsien, Anlage einer Ernährungssonde (z.B. PEG).

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 Aufnahme-stelle (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 Herzkatheter 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

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

Die Einzelkostenzurechnung setzt patientenbezogene Leistungsdaten 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.

Bereits direkt dem fallbezogenen Datensatz zugeordnete und – abweichend von den Vorschriften der KHBV – nicht auf Kostenstellen gebuchte Einzelkosten sind hier nicht zu berücksichtigen. Sind dagegen Einzelkosten auch Kostenstellen zugeordnet worden, erfolgt die Zuordnung auf den einzelnen Patienten von der Kostenstelle aus. Die Kostenstellenkosten sind dann vor Bildung des Gemeinkostensatzes um die Einzelkosten zu bereinigen.

Bereinigung der Kostenstellenkosten um die Einzelkosten erforderlich

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)

Die genannten Kostenarten werden anhand der Eingriffszeit oder der Punkte laut Leistungskatalog den einzelnen Patienten zugeordnet. Eine Verteilung der Kosten auf Grundlage anderer Leistungsmerkmale wie „Fallzahl“ 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 der Kostenstelle „Kardiologische Diagnostik/Therapie“:

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

Kardiol. Diag. u. Ther.	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übr. med. Bedarf
Leistungsdaten (der Kostenstelle)		
Alternative 1	Eingriffszeit	Eingriffszeit
Alternative 2	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Kostendaten (der Kostenstelle)	Gesamtkosten ärztlicher Dienst	Gesamtkosten übr. med. Bedarf
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		

Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen die Gesamtkosten der Kostenartengruppe und das Gesamtleistungsvolumen (hier: Eingriffszeiten oder Punkte lt. Leistungskatalog über alle Patienten) der Kostenstelle, bezogen auf das Datenjahr.

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 kostenträgerbezogenen Berechnung der Behandlungskosten

Kardiol. Diag. u. Ther.	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf
Leistungsdaten (des Patienten)	(datumsbezogen)	(datumsbezogen)
Alternative 1	Eingriffszeit	Eingriffszeit
Alternative 2	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Kostendaten (der Kostenstelle)	Kalkulationssatz ärztlicher Dienst	Kalkulationssatz übr. med. Bedarf

Je nach Leistungsspektrum werden in den Funktionsstellen entweder die Eingriffszeit oder Punkte lt. Leistungskatalog als patientenbezogene Leistungsdaten erhoben. Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen das Gesamtleistungsvolumen (hier: Eingriffszeiten oder Punktsumme über alle Patienten) der Kostenstelle und die Gesamtkosten der Kostenartengruppe, bezogen auf das Datenjahr.

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 Punktmengen 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.

Teure Medikamente werden im Leistungsbereich Laboratorien nicht für einzelne Patienten verbraucht. Stattdessen dient Modul 10.4b (Einzelkosten Arzneimittel) für den einheitlichen Kostenausweis sämtlicher Kosten für Blutprodukte. Diese werden unabhängig vom Ort des Verbrauchs in Modul 10.4b ausgewiesen. Weitere laborbezogene Kosten dürfen in Modul 10.4b nicht enthalten sein (vgl. die besonderen Hinweise zur Einzelkostenzurechnung von Blutprodukten in Kap. 6.1.1.2).

Die nachfolgende Tabelle zeigt die benötigten Daten am Beispiel für Einzelkosten des übrigen medizinischen Bedarfs:

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

Laboratorien	Einzelkostenkalkulation
	Einzelkosten übriger medizinischer Bedarf
Leistungsdaten (des Patienten)	IST-Verbrauch bzw. Verbrauch der einbezogenen Artikel nach KVM
Kostendaten	Artikelkosten
Alternative 1	Anschaffungspreis je Artikel
Alternative 2	Durchschnittspreis je Artikel
Erläuterungen	Bitte Vorgaben der Anlage 10 beachten.

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.

Bereits direkt dem fallbezogenen Datensatz zugeordnete und – abweichend von den Vorschriften der KHBV – nicht auf Kostenstellen gebuchte Einzelkosten sind hier nicht zu berücksichtigen. Sind dagegen Einzelkosten auch Kostenstellen zugeordnet worden, erfolgt die Zuordnung auf den einzelnen Patienten von der Kostenstelle aus. Die Kostenstellenkosten sind dann vor Bildung des Gemeinkostensatzes um die Einzelkosten zu bereinigen.

Bereinigung der Kostenstellenkosten um die Einzelkosten erforderlich

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

Laboratorien	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übr. med. Bedarf
Leistungsdaten (der Kostenstelle)	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Kostendaten (der Kostenstelle)	Gesamtkosten ärztlicher Dienst	Gesamtkosten übr.med. Bedarf
Kalkulationssatz	 = Gesamtkosten/ Leistungspunkte	 = Gesamtkosten/ Leistungspunkte
Erläuterungen	Leistungskatalog: z.B. GOÄ, DKG-NT, Hauskatalog	
Besonderheiten		

Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen die Gesamtkosten der Kostenartengruppe und das Gesamtleistungsvolumen (hier: Punkte lt. Leistungskatalog über alle Patienten) der Kostenstelle, bezogen auf das Datenjahr.

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

Tabelle 26: Benötigte Daten zur kostenträgerbezogenen Berechnung der Behandlungskosten

Laboratorien	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf
Leistungsdaten (des Patienten)	Punkte lt. Leistungskatalog (datumsbezogen)	Punkte lt. Leistungskatalog (datumsbezogen)
Kostendaten (der Kostenstelle)	Kalkulationssatz ärztlicher Dienst	Kalkulationssatz übr. med. Bedarf

Als patientenbezogene Leistungsdaten werden die Punktzahlen gemäß Leistungskatalog ermittelt. Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen das Gesamtleistungsvolumen (hier: Punktsumme über alle Patienten) der Kostenstelle und die Gesamtkosten der Kostenartengruppe, bezogen auf das Datenjahr.

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 datumsbezogen 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

Nach Abschluss der Kostenträgerrechnung sind sämtliche kalkulationsrelevanten Kosten den fallbezogenen Datensätzen zugeordnet. Um eine Vergleichbarkeit der Datensätze unterschiedlicher Krankenhäuser zu gewährleisten, müssen die Behandlungskosten in den Datensätzen vor der Übermittlung an das InEK einheitlich nach Kostenarten- und Kostenstellengruppen gegliedert werden. Erläuterungen dazu enthalten die Kapitel 5.1.1 und 6.3.1. Daraus ergibt sich eine modulare Struktur der Kosteninformationen im Kalkulationsdatensatz. Ein Kostenmodul bezeichnet die für eine Kostenstellengruppe ausgewiesenen Kosten einer bestimmten Kostenartengruppe. Für den an das InEK zu übermittelnden Kalkulationsdatensatz sind insgesamt 108 relevante Module definiert (vgl. Anlage 5 PSY). Für nicht kalkulationsrelevante Kosteninformationen werden bei Bedarf entsprechende Kostenmodule festgelegt – so sind die nicht kalkulationsrelevanten Einzelkosten für Faktorpräparate als Modul 99.10 anzugeben.

Ein Modul bezeichnet die für eine Kostenstellengruppe ausgewiesenen Kosten einer bestimmten Kostenartengruppe

Hinweis:

- ① Bei der Datenlieferung ist zu beachten, dass in jedem tagesbezogenen Kalkulationsdatensatz zu jedem Kostenmodul nur genau ein Kostenwert enthalten sein darf. Ggf. 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

	KoA Grp 1: Personalkosten ärztlicher Dienst	KoA Grp 2: Personalkosten Pflege-/Erziehungsdienst	KoA Grp 3a: Personalkosten Psychologen	KoA Grp 3b: Personalkosten Sozialarbeiter, Sozial- /Heilpädagogen	KoA Grp 3c: Personalkosten Spezialtherapeuten	KoA Grp 3: Personalkosten med.-techn. Dienst/Funktionsdienst	KoA Grp 4a: Sachkosten Arzneimittel	KoA Grp 4b: Sachkosten Arzneimittel (Einzelkos- ten/Ist-Verbrauch)	KoA Grp 6a: Sachkosten übriger med. Bedarf	KoA Grp 6b: Sachkosten übriger med. Bedarf (Ein- zelkosten/Ist-Verbrauch)	KoA Grp 7: Personal- u. Sachkosten medizinische Infrastruktur	KoA Grp 8: Personal- u. Sachkosten nicht medizini- sche Infrastruktur
KoStGrp 21: Station - Regelbehandlung	21.1	21.2	21.3a	21.3b	21.3c	21.3	21.4a	21.4b	21.6a	21.6b	21.7	21.8
KoStGrp 22: Station - Intensivbehandlung	22.1	22.2	22.3a	22.3b	22.3c	22.3	2.4a	22.4b	22.6a	22.6b	22.7	22.8
KoStGrp 23: Psychotherapie	23.1	23.2	23.3a	23.3b	23.3c	23.3	23.4a	23.4b	23.6a	23.6b	23.7	23.8
KoStGrp 24: Physikalische Therapie	24.1	24.2	24.3a	24.3b	24.3c	24.3	24.4a	24.4b	24.6a	24.6b	24.7	24.8
KoStGrp 25: Ergotherapie	25.1	25.2	25.3a	25.3b	25.3c	25.3	25.4a	25.4b	25.6a	25.6b	25.7	25.8
KoStGrp 26: Andere Therapie	26.1	26.2	26.3a	26.3b	26.3c	26.3	26.4a	26.4b	26.6a	26.6b	26.7	26.8
KoStGrp 7: Kardiolog. Diagnostik/Therapie	7.1	-	-	-	-	-	7.4a	7.4b	7.6a	7.6b	7.7	7.8
KoStGrp 8: Endoskop. Diagnostik/Therapie	8.1	-	-	-	-	-	8.4a	8.4b	8.6a	8.6b	8.7	8.8
KoStGrp 9: Radiologie	9.1	-	-	-	-	-	9.4a	9.4b	9.6a	9.6b	9.7	9.8
KoStGrp 10: Laboratorien	10.1	-	-	-	-	-	10.4a	10.4b	10.6a	10.6b	10.7	10.8
KoStGrp 11: Übr. Diagnost. u. therap. Bereiche	11.1	11.2	-	-	-	-	11.4a	11.4b	11.6a	11.6b	11.7	11.8

Hinweis: Die mit einem Strich (-) gekennzeichneten Kostenmodule sind für die Datenlieferung nicht relevant.

6.6 Checkliste zum 6. Kapitel

Nach Abschluss der im sechsten Kapitel dargestellten Arbeiten sind sämtliche kalkulationsrelevanten Kosten den Kalkulationsdatensätzen der kalkulationsrelevanten Patienten zugeordnet. Die Kosteninformationen sind in den Kalkulationsdatensätzen nach Kostenmodulen gegliedert. Im Folgenden werden die wesentlichen Arbeitsschritte zur Durchführung der Kostenträgerrechnung in der Checkliste noch einmal zusammengefasst.

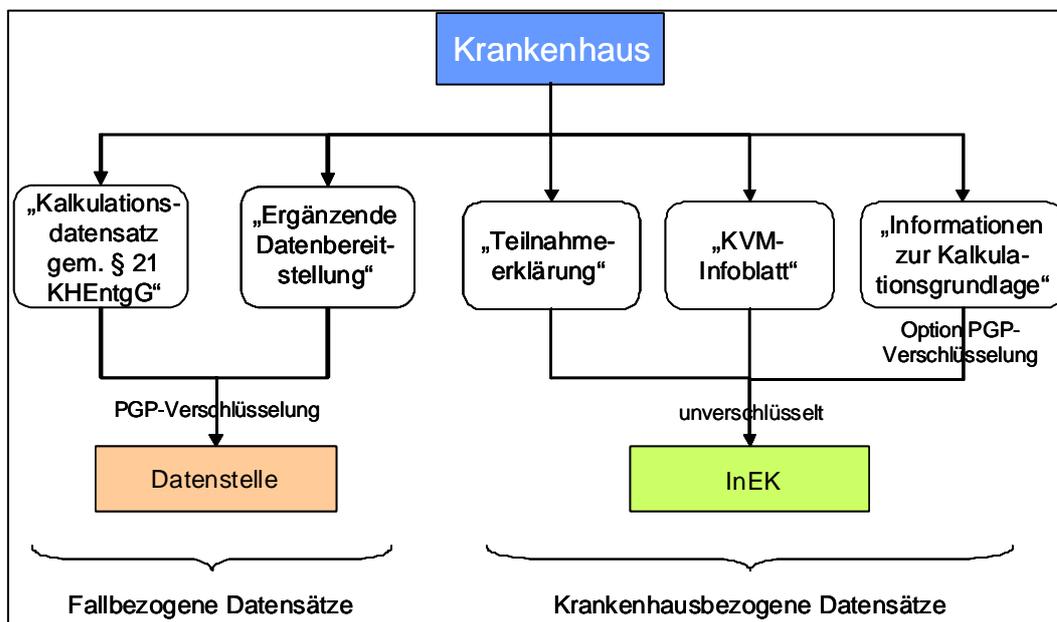
Tabelle 28: Checkliste Kapitel 6

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

7. DATENÜBERMITTLUNG

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

Abbildung 8: Im Zusammenhang mit der Behandlungskostenkalkulation zu übermittelnde Daten



Krankenhausbezogene Datensätze

Die krankenhausbegonen 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.

➤ 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

Die verpflichtend bereitzustellenden Fallinformationen gemäß § 21 KHEntgG werden von den Kalkulationskrankenhäusern um die Kostangaben zu den in die Kalkulation einbezogenen Fällen ergänzt. Die Datensatzstruktur wird von den Vertragsparteien auf Bundesebene festgelegt und ggf. jährlich aktualisiert in der „Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG“ veröffentlicht.

➤ 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:

- Bereiten Sie die zu übermittelnden Informationen nach den von den Vertragsparteien bzw. dem InEK veröffentlichten Vorgaben auf. Beachten Sie die Hinweise zum Ausfüllen der ggf. dafür zur Verfügung gestellten Dateien und zu den Verfahren der Datenübermittlung (Verschlüsselung – soweit erforderlich –, Übermittlungsweg, Adressaten).
- Übermitteln Sie die Daten innerhalb der dafür vorgegebenen Frist.

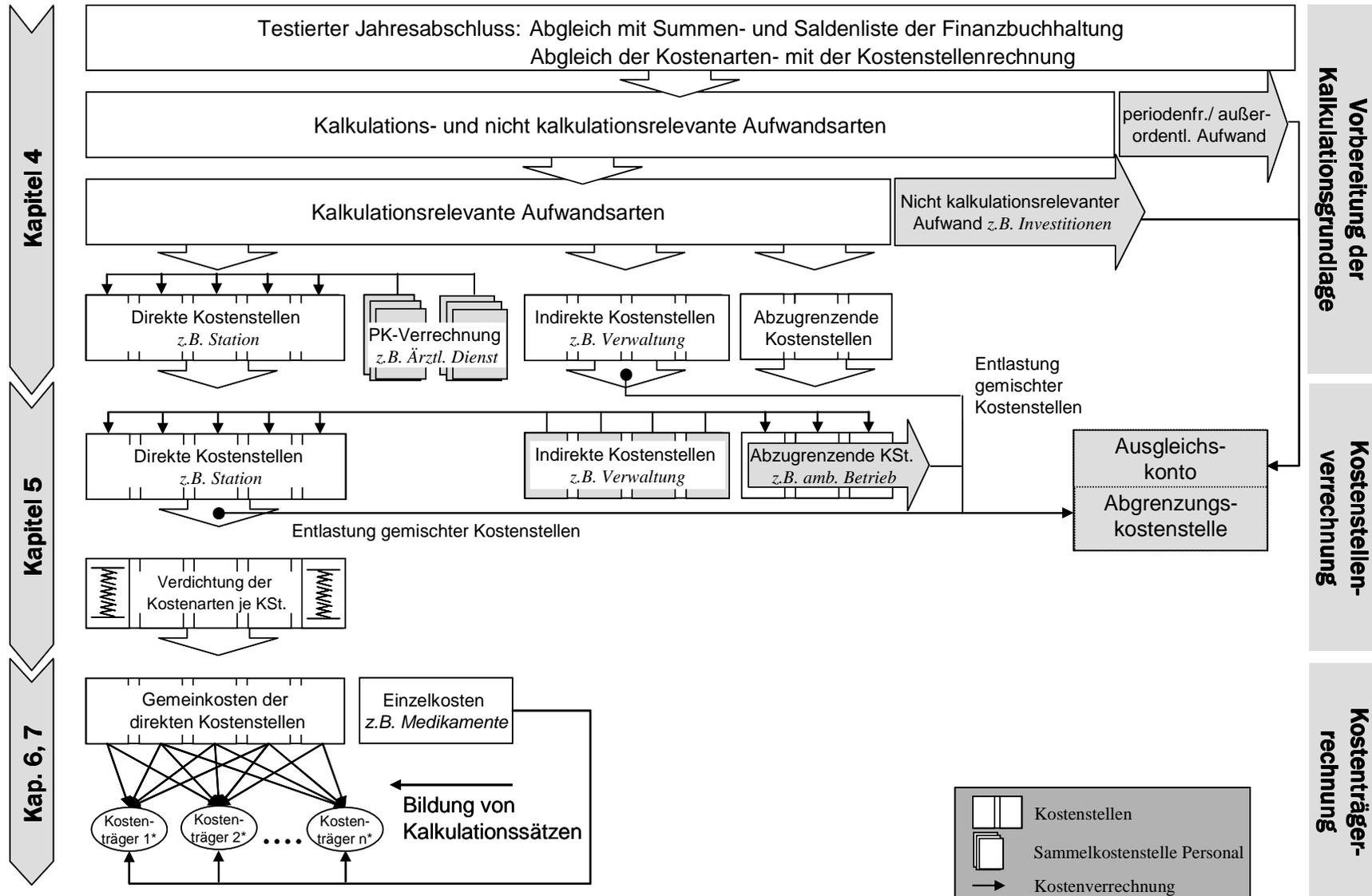
Prüfung der zu übermittelnden Daten

- 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).

ANLAGEN

Anlage	1.1	Übersicht über die Kalkulationsschritte zur Ermittlung der kalkulationsrelevanten Kosten
Anlage	1.2	Checkliste – Zentrale Arbeitsschritte zur Ermittlung der Kosten
Anlage	2	Übersicht der Abgrenzungstatbestände
Anlage	3	Kostenstellen der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur
Anlage	4.1	Zuordnung von Kostenarten zu Kostenartengruppen
Anlage	4.2	Zuordnung von Kostenartengruppen zu Kostenarten
Anlage	5	Übersicht der für die Kostenträgerrechnung benötigten Kosten- und Leistungsdaten
Anlage	6	Zuordnung von Kostenstellen zu Kostenstellengruppen
Anlage	7	Kostenstellengliederung (gem. KHBV, erweiterte Mindestanforderung, empfohlene Gliederung)
Anlage	8	IBLV-Verrechnungsschlüssel (Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur)
Anlage	9	IBLV-Verrechnungsschlüssel (Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur)
Anlage	10	Artikelliste für die Einzelkostenzuordnung
Anlage	11	Nicht relevant, daher nicht besetzt
Anlage	12	Zuordnung von Berufen zu den Kostenartengruppen 2 sowie 3 bis 3c
Anlage	13	Beispiele für Modelle der Behandlungsintensität im Bereich Station

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



*: Kostenträger ist der Behandlungsfall in Kombination mit dem Behandlungstag

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

Zentrale Arbeitsschritte zur Vorbereitung der Kalkulationsgrundlage	
Arbeitsschritte	Kapitel
1. Prüfung der Vollständigkeit und Plausibilität der medizinischen Falldokumentation (ICD-, OPS-Kodes)	4.1.1.1
2. Prüfung der in den direkten Kostenstellen vorliegenden Verbrauchsdaten im Hinblick auf Fall- und Tagesbezug, Vollständigkeit und Differenziertheit unter Beachtung der Vorgaben für die Einzel- und Gemeinkostenzurechnung	4.1.1.3
3. Prüfung, ob die in der letzten Summen- und Saldenliste ausgewiesenen Aufwendungen mit den in der Gewinn- und Verlustrechnung des Jahresabschlusses ausgewiesenen Aufwendungen übereinstimmen (ggf. Korrekturbuchungen auf das Ausgleichskonto)	4.1.2.1
4. Prüfung, ob die in der Kostenstellenrechnung ausgewiesene Summe der Aufwendungen zzgl. der Summe der Einzelkosten mit der Summe der Aufwendungen in der Finanzbuchhaltung übereinstimmt (ggf. Korrekturbuchungen auf die Abgrenzungskostenstelle)	4.1.2.1
5. Prüfung der in der Finanzbuchhaltung vorliegenden Kontengliederung (ggf. Einrichtung zusätzlicher Unterkonten)	4.1.2.2
6. Prüfung der vorhandenen Kostenstellengliederung (ggf. Einrichtung zusätzlicher Kostenstellen)	4.1.2.2
7. Prüfung der für indirekte Kostenstellen vorhandenen Verrechnungsschlüssel	4.1.3
8. Ermittlung und Kennzeichnung der in die Personalkostenverrechnung einzubeziehenden direkten Kostenstellen	4.2
9. Ermittlung der Arbeitszeitanteile, die Mitarbeiter direkter Kostenstellen für andere Kostenstellen tätig sind, als Grundlage einer Personalkostenverrechnung auf die leistungsempfangenden Kostenstellen über <ul style="list-style-type: none"> • mitarbeiterbezogene Zeiterfassung • andere geeignete Statistiken oder Schätzungen 	4.2
10. Durchführung der Personalkostenverrechnung: Entlastung der leistungserbringenden Kostenstellen anhand des ermittelten Verteilungsschlüssels von den direkten Personalkosten und entsprechende Belastung der leistungsempfangenden Kostenstellen	4.2

Arbeitsschritte	Kapitel
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	4.3
12. Ausgliederung der periodenfremden und außerordentlichen Aufwendungen (Buchung auf das Ausgleichskonto in der Kostenartenrechnung bzw. Belastung der Abgrenzungskostenstelle in der Kostenstellenrechnung)	4.4.1.2
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)	4.4.1.3
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)	4.4.1.4
15. Kategorisierung aller Kostenstellen in <ul style="list-style-type: none"> • direkte Kostenstellen • indirekte Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur • indirekte Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur • abzugrenzende Kostenstellen • gemischte Kostenstellen 	4.4.2.1 4.4.2.2 4.4.2.3
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)	4.4.3
17. Ausgliederung des nicht kalkulationsrelevanten Kostenanteils der Kostenstelle „Ausbildungsstätte“, Aufbereitung dieser Daten für die separate Übermittlung	4.4.4
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)	4.4.4

Zentrale Arbeitsschritte der Kostenstellenverrechnung	
Arbeitsschritte	Kapitel
19. Einrichtung der 8 Kostenartengruppen in jeder direkten Kostenstelle	5.1.1
20. Sicherstellung, dass die Kosten der indirekten Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur im Zuge der Kostenstellenverrechnung jeweils der Kostenartengruppe 7 der direkten Kostenstellen zugeordnet werden	5.1.1
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	5.1.1
22. Prüfung der Sammelkostenstellen auf dort gebuchte Kosten, die den Kostenartengruppen 1 bis 6 der direkten Kostenstellen zuzuordnen sind	5.1.2
23. Entlastung der Sammelkostenstellen	5.1.2
24. Prüfung der Einrichtung von Verdichtungskostenstellen vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung und ggf. Umlage der Kosten der zu verdichtenden Kostenstellen auf die jeweilige Verdichtungskostenstelle	5.1.3
25. Erzeugung einer Summen- und Saldenliste für die Kostenstellen vor Durchführung der IBLV	5.2.2
26. Zuordnung von Verrechnungsschlüsseln für jede indirekte Kostenstelle der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur	5.2.2
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	5.2.2
28. Einrichtung der 8 Kostenartengruppen in jeder direkten Kostenstelle	5.1.1
29. Sicherstellung, dass die Kosten der indirekten Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur im Zuge der Kostenstellenverrechnung jeweils der Kostenartengruppe 7 der direkten Kostenstellen zugeordnet werden	5.1.1
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	5.1.1

Arbeitsschritte	Kapitel
31. 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
32. Erzeugung einer Summen- und Saldenliste nach Durchführung der IBLV	5.2.2
33. Entlastung der abzugrenzenden Kostenstellen gegen die Abgrenzungskostenstelle	5.3
34. Erstellung einer Summen- und Saldenliste für die abzugrenzenden Kostenstellen jeweils vor und nach ihrer Entlastung auf die Abgrenzungskostenstelle	5.3
35. Verdichtung der Kostenarten je direkter Kostenstelle zu Kostenartengruppen entsprechend den Vorgaben der Anlage 4.1	5.4
36. Löschung der bis dahin verwendeten Kostenarten im EDV-System zur Erhöhung der Übersichtlichkeit	5.4
Zentrale Arbeitsschritte der Kostenträgerrechnung	
Arbeitsschritte	Kapitel
37. Zuordnung der direkten Kostenstellen zu Kostenstellengruppen	6.3.1
38. Ermittlung der Kosten, die als Einzelkosten zugeordnet werden gem. verbindlicher Aufstellung der Artikelgruppen in Anlage 10	6.1.1
39. Prüfung der in den direkten Kostenstellen vorliegenden Leistungsdaten	6.5.2
40. Auswahl geeigneter Bezugsgrößen für die patientenbezogene Kostenzuordnung für jede direkte Kostenstelle vor dem Hintergrund der Anforderungen und Prioritäten der Anlage 5	6.5.2
41. Bildung von Kalkulationssätzen für die direkten Kostenstellen	6.5.2
42. Verteilung der Gemeinkosten der direkten Kostenstellen auf die leistungsempfangenden Fälle unter Verwendung der Kalkulationssätze	6.5.2
43. Zuordnung der Einzelkosten entsprechend der Verbrauchsdokumentation auf die entsprechenden Kostenmodule der Behandlungsfälle	6.5.2
44. Verdichtung der Kostendaten zu Kostenmodulen	6.6

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

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

Abgrenzungen auf Kostenstellenebene

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

Krankenhausleistung	Übermittlung Kostendaten
Kosten der Ausbildungsstätten und Kosten bzw. Mehrkosten durch Ausbildungsvergütungen	x
Kosten der Leistungen an Dritte	
Kosten der Personalgestellung an Dritte	
Kosten der Personalverpflegung	
Kosten der Nebenbetriebe	
Kosten aus Vermietung und Verpachtung	
Kosten der ergänzenden Leistungsbereiche (z.B. betreutes Wohnen, rehabilitative Leistungen, Integrationsmaßnahmen etc.)	
Kosten der akademischen Lehrkrankenhäuser	
Kosten der wissenschaftlichen Forschung und Lehre	

Sachverhalte, die sich aus dem in Krankenhäusern anzuwendenden Leistungsrecht ergeben:

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

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 Reinigungsdienste

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

Konto- gruppe	Bezeichnung	Konto	Kostenar- tengruppe
60	Löhne und Gehälter		
	Ärztlicher Dienst	6000	1
	Pflegedienst	6001	2
	Medizinisch-technischer Dienst	6002	3a/b/c / 3
	Funktionsdienst	6003	3
	Klinisches Hauspersonal	6004	8
	Wirtschafts- und Versorgungsdienst	6005	8
	Technischer Dienst	6006	8
	Verwaltungsdienst	6007	8
	Sonderdienst	6008	8
	frei	6009	
	Sonstiges Personal	6011	8
	Nicht zurechenbare Personalkosten	6012	8
61	Gesetzliche Sozialabgaben		
	Ärztlicher Dienst	6100	1
	Pflegedienst	6101	2
	Medizinisch-technischer Dienst	6102	3a/b/c / 3
Funktionsdienst	6103	3	

Konto- gruppe	Bezeichnung	Konto	Kostenar- tengruppe
	Klinisches Hauspersonal	6104	8
	Wirtschafts- und Versorgungsdienst	6105	8
	Technischer Dienst	6106	8
	Verwaltungsdienst	6107	8
	Sonderdienst	6108	8
	frei	6109	
	Sonstiges Personal	6111	8
	Nicht zurechenbare Personalkosten	6112	8
62	Aufwendungen für Altersversorgung		
	Ärztlicher Dienst	6200	1
	Pflegedienst	6201	2
	Medizinisch-technischer Dienst	6202	3a/b/c / 3
	Funktionsdienst	6203	3
	Klinisches Hauspersonal	6204	8
	Wirtschafts- und Versorgungsdienst	6205	8
	Technischer Dienst	6206	8
	Verwaltungsdienst	6207	8
	Sonderdienst	6208	8
	frei	6209	
	Sonstiges Personal	6211	8
	Nicht zurechenbare Personalkosten	6212	8
63	Aufwendungen für Beihilfen und Unterstützungen		
	Ärztlicher Dienst	6300	1
	Pflegedienst	6301	2
	Medizinisch-technischer Dienst	6302	3a/b/c / 3
	Funktionsdienst	6303	3
	Klinisches Hauspersonal	6304	8
	Wirtschafts- und Versorgungsdienst	6305	8
	Technischer Dienst	6306	8
	Verwaltungsdienst	6307	8
	Sonderdienst	6308	8
	frei	6309	
	Sonstiges Personal	6311	8
	Nicht zurechenbare Personalkosten	6312	8
64	Sonstige Personalaufwendungen		
	Ärztlicher Dienst	6400	1
	Pflegedienst	6401	2
	Medizinisch-technischer Dienst	6402	3a/b/c / 3
	Funktionsdienst	6403	3
	Klinisches Hauspersonal	6404	8
	Wirtschafts- und Versorgungsdienst	6405	8
	Technischer Dienst	6406	8
	Verwaltungsdienst	6407	8
	Sonderdienst	6408	8
	frei	6409	
	Sonstiges Personal	6411	8
	Nicht zurechenbare Personalkosten	6412	8

Konto- gruppe	Bezeichnung	Konto	Kostenar- tengruppe
65	Lebensmittel und bezogene Leistungen		
	Lebensmittel	650	8
	Bezogene Leistungen	651	8
66	Medizinischer Bedarf		
	Arzneimittel (außer Implantate und Dialysebedarf)	6600	4a/b
	Kosten der Lieferapotheke	6601	4a/b
	Blut Blutkonserven und Blutplasma	6602	4a/b
	Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel	6603	6a/b
	Ärztl. und pfleg. Verbrauchsmaterial, Instrumente	6604	6a/b
	Narkose- und sonstiger OP-Bedarf	6606	6a/b
	Bedarf für Röntgen- und Nuklearmedizin	6607	6a/b
	Laborbedarf	6608	6a/b
	Untersuchungen in fremden Instituten	6609	6a/b
	Bedarf für EKG, EEG, Sonographie	6610	6a/b
	Bedarf der physikalischen Therapie	6611	6a/b
	Apothekenbedarf, Desinfektionsmaterial	6612	6a/b
	Kosten für Krankentransporte	6616	7
	Sonstiger med. Bedarf	6617	6a/b
	Honorare für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte	6618	1 / 6a/b
67	Wasser, Energie, Brennstoffe		
	Wasser	670	8
	Energie	671	8
	Strom	6710	8
	Fernwärme	6711	8
	Sonstige Energie	6719	8
	Brennstoffe	672	8
	Öl	6720	8
	Kohle	6721	8
	Gas	6722	8
	Sonstige Brennstoffe	6729	8
68	Wirtschaftsbedarf		
	Materialaufwendungen	680	8
	Reinigungs- und Desinfektionsmittel	6800	8
	Wäschebeschaffung	6801	8
	Wäschereinigung und -pflege	6802	8
	Haushaltsverbrauchsmittel	6803	8
	Geschirr	6804	8
	Treibstoffe und Schmiermittel	6805	8
	Gartenpflege	6806	8
	Kultureller Sachaufwand für den betrieblichen Bereich	6807	8
	Sonstiger Wirtschaftsbedarf	6808	8
	Bezogene Leistungen	681	8
	Unterhaltsreinigung durch fremde Betriebe	6810	8
	Wäschereinigung durch fremde Betriebe	6811	8

Konto- gruppe	Bezeichnung	Konto	Kostenar- tengruppe
69	Verwaltungsbedarf		
	Büromaterialien und Druckarbeiten	690	8
	Porto, Postfach-, Bankgebühren, Kleinfrachten, Fremdlager	691	8
	Fernsprech- und Fernschreibenanlagen, 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 berücksichtigten	6980	8
	Sonstiger Verwaltungsbedarf	699	8
70	Aufwendungen für zentrale Dienstleistungen		
	Zentraler Verwaltungsdienst	700	8
	Zentrale Personalverwaltung	7000	8
	Zentrales Rechenzentrum	7001	8
	Zentrale Leistungsabrechnung	7002	8
	Zentrale Druckerei	7003	8
	Zentraler Gemeinschaftsdienst	701	8
	Zentrale Wäscherei	7010	8
	Zentrale technische Dienste	7011	8
	Sonstige zentrale Dienstleistungen	709	8
	Gemeinschaftsdienste im med. Versorgungsbereich	7090	7
71	Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter (soweit Festwerte gebildet wurden)		8
72	Instandhaltung		
	Pflegesatzfähige Instandhaltung		
	Instandhaltung Medizintechnik	7201	7
	Instandhaltung Sonstiges	7202	8
	Nicht aktivierungsfähige, nach dem KHG geförderte Maßnahmen		
	Mit pauschalen Fördermitteln finanziert	7211	8
73	Steuern, Abgaben, Versicherungen		
	Steuern	730	8
	Sonstige Abgaben	731	8
	Versicherungen	732	8
74	Zinsen und ähnliche Aufwendungen		
	Zinsen und ähnliche Aufwendungen für Betriebsmittelkredite	740	8
76	Abschreibungen		
	Abschreibungen auf wiederbeschaffte Gebrauchsgüter		
	Med. Gebrauchsgüter	76100	7
	Sonstige Gebrauchsgüter	76101	8

Konto- gruppe	Bezeichnung	Konto	Kostenar- tengruppe
78	Sonstige ordentliche Aufwendungen		
	Sonstiges	782	8
	Mieten, Pachten, Lizenzen	7820	8
	Frachten für betriebliche Lieferungen	7822	8
	Sachaufwand der Fort- und Weiterbildung	7824	8
	Mieten für Gebrauchsgüter	7825	8
	Andere sonstige Aufwendungen	7829	8

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.

Kostenarten- gruppe	Bezeichnung	Konto	Konto- gruppe
Kostenartengruppe 1: Personalkosten ärztlicher Dienst			
1	Lohn/Gehalt ÄD	6000	60
1	Gesetzl. Sozialabgaben ÄD	6100	61
1	Aufwendungen für Altersversorgung ÄD	6200	62
1	Aufwendungen für Beihilfen/Unterstützungen ÄD	6300	63
1	Sonstige Personalaufwendungen ÄD	6400	64
1 / 6a/b	Honorare für nicht im KH angestellte Ärzte	6618	66
Kostenartengruppe 2: Personalkosten Pflegedienst			
2	Lohn/Gehalt PD	6001	60
2	Gesetzl. Sozialabgaben PD	6101	61
2	Aufwendungen für Altersversorgung PD	6201	62
2	Aufwendungen für Beihilfen/Unterstützungen PD	6301	63
2	Sonstige Personalaufwendungen PD	6401	64
Kostenartengruppe 3a: Personalkosten Psychologen			
Kostenartengruppe 3b: Personalkosten Sozialarbeiter, Sozial-/Heilpädagogen			
Kostenartengruppe 3c: Personalkosten Spezialtherapeuten			
Kostenartengruppe 3: Personalkosten medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst			
3a/b/c / 3	Lohn/Gehalt MTD	6002	60
3a/b/c / 3	Gesetzl. Sozialabgaben MTD	6102	61
3a/b/c / 3	Aufwendungen für Altersversorgung MTD	6202	62
3a/b/c / 3	Aufwendungen für Beihilfen/Unterstützungen MTD	6302	63
3a/b/c / 3	Sonstige Personalaufwendungen MTD	6402	64
3a/b/c / 3	Lohn/Gehalt FD	6003	60
3a/b/c / 3	Gesetzl. Sozialabgaben FD	6103	61
3a/b/c / 3	Aufwendungen für Altersversorgung FD	6203	62
3a/b/c / 3	Aufwendungen für Beihilfen/Unterstützungen FD	6303	63
3a/b/c / 3	Sonstige Personalaufwendungen FD	6403	64
Kostenartengruppe 4a: Sachkosten Arzneimittel			
Kostenartengruppe 4b: Sachkosten Arzneimittel Einzelkostenzuordnung			
4a/b	Med. Bedarf Arzneimittel	6600	66
4a/b	Med. Bedarf Kosten der Lieferapotheke	6601	66
4a/b	Med. Bedarf Blut, Blutkonserven und Blutplasma	6602	66

Kostenarten- gruppe	Bezeichnung	Konto	Konto- gruppe
Kostenartengruppe 6a: Sachkosten übriger medizinischer Bedarf			
Kostenartengruppe 6b: Sachkosten übriger medizinischer Bedarf Einzelkostenzuordnung			
6a/b	Med. Bedarf Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel	6603	66
6a/b	Med. Bedarf ärztl. und pfleg. Verbrauchsmaterial, Instrumente	6604	66
6a/b	Med. Bedarf Narkose- und sonstiger OP-Bedarf	6606	66
6a/b	Med. Bedarf für Röntgen- und Nuklearmedizin	6607	66
6a/b	Med. Bedarf Laborbedarf	6608	66
6a/b	Untersuchungen in fremden Instituten	6609	66
6a/b	Bedarf für EKG, EEG, Sonographie	6610	66
6a/b	Bedarf der physikalischen Therapie	6611	66
6a/b	Apothekenbedarf, Desinfektionsmaterial	6612	66
6a/b	Sonstiger med. Bedarf	6617	66
6a/b / 1	Honorare für nicht im KH angestellte Ärzte	6618	66
Kostenartengruppe 7: Personal- und Sachkosten medizinische Infrastruktur			
7	Kosten für Krankentransporte	6616	66
7	Gemeinschaftsdienste im med. Versorgungsbereich	7090	70
7	Instandhaltung Medizintechnik	7201	72
7	Abschreibung auf wiederbeschaffte med. Gebrauchsgüter	76100	76
Kostenartengruppe 8: Personal- und Sachkosten der nicht medizinischen Infrastruktur			
8	Lohn/Gehalt klinisches Hauspersonal	6004	60
8	Lohn/Gehalt Wirtschafts- und Versorgungsdienst	6005	60
8	Lohn/Gehalt technischer Dienst	6006	60
8	Lohn/Gehalt Verwaltungsdienst	6007	60
8	Lohn/Gehalt Sonderdienst	6008	60
8	Lohn/Gehalt sonstiges Personal	6011	60
8	Lohn/Gehalt nicht zurechenbare Personalkosten	6012	60
8	Gesetzl. Sozialabgaben klinisches Hauspersonal	6104	61
8	Gesetzl. Sozialabgaben Wirtschafts- und Versor- gungsdienst	6105	61
8	Gesetzl. Sozialabgaben technischer Dienst	6106	61
8	Gesetzl. Sozialabgaben Verwaltungsdienst	6107	61
8	Gesetzl. Sozialabgaben Sonderdienst	6108	61
8	Gesetzl. Sozialabgaben sonstiges Personal	6111	61
8	Gesetzl. Sozialabgaben nicht zurechenbare Perso- nalkosten	6112	61
8	Aufwend. für Altersversorgung klinisches Hausper- sonal	6204	61
8	Aufwend. für Altersversorgung Wirtschafts- und Versorgungsdienst	6205	61
8	Aufwend. für Altersversorgung technischer Dienst	6206	62
8	Aufwend. für Altersversorgung Verwaltungsdienst	6207	62
8	Aufwend. für Altersversorgung Sonderdienst	6208	62
8	Aufwend. für Altersversorgung sonstiges Personal	6211	62
8	Aufwend. für Altersversorgung nicht zurechenbare Personalkosten	6212	62

Kostenarten- gruppe	Bezeichnung	Konto	Konto- gruppe
8	Aufwend. Beihilfe/Unterstütz. klinisches Hauspersonal	6304	63
8	Aufwend. Beihilfe/Unterstütz. Wirtschafts- und Versorgungsdienst	6305	63
8	Aufwend. Beihilfe/Unterstütz. technischer Dienst	6306	63
8	Aufwend. Beihilfe/Unterstütz. Verwaltungsdienst	6307	63
8	Aufwend. Beihilfe/Unterstütz. Sonderdienst	6308	63
8	Aufwend. Beihilfe/Unterstütz. sonstiges Personal	6311	63
8	Aufwend. Beihilfe/Unterstütz. nicht zurechenbar Personalkosten	6312	63
8	Sonstige Aufwendungen klinisches Hauspersonal	6404	64
8	Sonstige Aufwendungen Wirtschafts- und Versorgungsdienst	6405	64
8	Sonstige Aufwendungen technischer Dienst	6406	64
8	Sonstige Aufwendungen Verwaltungsdienst	6407	64
8	Sonstige Aufwendungen Sonderdienst	6408	64
8	Sonstige Aufwendungen sonstiges Personal	6411	64
8	Sonstige Aufwendungen nicht zurechenbare Personalkosten	6412	64
8	Lebensmittel	650	65
8	Bezogene Leistungen	651	65
8	Wasser	670	67
8	Energie	671	67
8	Strom	6710	67
8	Fernwärme	6711	67
8	Sonstige Energie	6719	67
8	Brennstoffe	672	67
8	Öl	6720	67
8	Kohle	6721	67
8	Gas	6722	67
8	Sonstige Brennstoffe	6729	67
8	Wirtschaftsbedarf Materialaufwendungen	680	68
8	Reinigungs- und Desinfektionsmittel	6800	68
8	Wäschebeschaffung	6801	68
8	Wäschereinigung und -pflege	6802	68
8	Haushaltsverbrauchsmittel	6803	68
8	Geschirr	6804	68
8	Treibstoffe und Schmierstoffe	6805	68
8	Gartenpflege	6806	68
8	Kultureller Sachaufwand für den betrieblichen Bereich	6807	68
8	Sonstiger Wirtschaftsbedarf	6808	68
8	Wirtschaftsbedarf: Bezogene Leistungen	681	68
8	Unterhaltsreinigungen durch fremde Betriebe	6810	68
8	Wäschereinigung durch fremde Betriebe	6811	68
8	Andere Leistungen des „Wirtschaftsbedarfs“ durch Dritte	6812	68
8	Verwaltungsbedarf Büromaterialien und Druckerbeuten	690	69

Kostenarten- gruppe	Bezeichnung	Konto	Konto- gruppe
8	Porto, Postfach-, Bankgebühren, Kleinfrachten, Fremdlager	691	69
8	Fernsprech- und Fernschreibenanlagen, Telegramme, Rundfunk und Fernsehen	692	69
8	Reisekosten, Fahrgelder, Spesen	693	69
8	Personalbeschaffungskosten	694	69
8	Beratungskosten, Prüfungs-, Gerichts- u. Anwaltgebühren	695	69
8	Beiträge an Organisationen	696	69
8	Repräsentationsaufwand	697	69
8	EDV- und Organisationsaufwand	698	69
8	Im Pflegesatz zu berücksichtigen	6980	69
8	Sonstiger Verwaltungsbedarf	699	69
8	Zentraler Verwaltungsdienst	700	70
8	Zentrale Personalverwaltung	7000	70
8	Zentrales Rechenzentrum	7001	70
8	Zentrale Leistungsabrechnung	7002	70
8	Zentrale Druckerei	7003	70
8	Zentraler Gemeinschaftsdienst	701	70
8	Zentrale Wäscherei	7010	70
8	Zentrale technische Dienste	7011	70
8	Sonstige zentrale Dienstleistungen	709	70
8	Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter (soweit Festwerte gebildet wurden)		71
8	Instandhaltung Sonstiges (außer Medizintechnik = KoAGrp 7)	7202	72
8	Nicht aktivierungsfähige, nach KHG geförderte Maßnahmen, mit pauschalen Fördermitteln finanziert	7211	72
8	Steuern	730	73
8	Sonstige Abgaben	731	73
8	Versicherungen	732	73
8	Zinsen und ähnliche Aufwendungen für Betriebsmittelkredite	740	74
8	Abschreibungen auf sonstige Gebrauchsgüter	76101	76
8	Sonstige ordentliche Aufwendungen: Sonstiges	782	78
8	Mieten, Pachten, Lizenzen	7820	78
8	Frachten für betriebliche Lieferungen	7822	78
8	Sachaufwand der Fort- und Weiterbildung	7824	78
8	Mieten für Gebrauchsgüter	7825	78
8	Andere sonstige Aufwendungen	7829	78

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

Anlage 5 PSY		Personal- kosten ärztlicher Dienst	Personalkosten Pflege-/ Erziehungsdienst	Personalkosten Psychologen	Personalkosten Sozialarbeiter/ Sozial-/Heil- pädagogen	Personalkosten Spezial- therapeuten	Personal- kosten med- techn. Dienst/ Funktions- dienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten übriger medizinischer Bedarf		Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur
		1	2	3a	3b	3c	3	4a	4b ¹	6a	6b ¹	7	8
Station - Regel- behandlung	21	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Gewichtete Pflegetage	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Pflegetage	Pflegetage
Station - Intensiv- behandlung	22	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Gewichtete Pflegetage	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Pflegetage	Pflegetage
Psychotherapie	23	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog
Physikalische Therapie	24	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog
Ergotherapie	25	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog
Andere Therapie	26	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog	Leistungszeit Punkte lt. Leistungs- katalog
Kardiologische Diagnostik/ Therapie	7	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog
Endoskopische Diagnostik/ Therapie	8	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog
Radiologie	9	Punkte lt. Leistungs- katalog	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	Punkte lt. Leistungs- katalog	Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte lt. Leistungs- katalog	Punkte lt. Leistungs- katalog
Laboratorien	10	Punkte lt. Leistungs- katalog	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	Punkte lt. Leistungs- katalog	Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte lt. Leistungs- katalog	Punkte lt. Leistungs- katalog
Übrige diagnost. und therapeut. Bereiche	11	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog

1) Bewertung der Einzelkosten über Anschaffungspreise bzw. Durchschnittspreise

Anlage 6 PSY: Zuordnung von Kostenstellen zu Kostenstellengruppen

Die Übersicht zeigt die Zuordnung von direkten Kostenstellen zu Kostenstellengruppen (vgl. Kap. 6.3.1). Die aufgeführten Kostenstellenbezeichnungen spiegeln beispielhaft die geübte Praxis der Krankenhäuser wider, wobei auch umgangssprachliche bzw. sich inhaltlich überschneidende Bezeichnungen aufgenommen sind. Bei der Zuordnung hier nicht aufgeführter Kostenstellen ist sinngemäß zu verfahren.

Kostenstellen- gruppe	Bezeichnung zugehöriger Kostenstellengruppe
21/22	Station (- Regelbehandlung, - Intensivbehandlung) Aufnahmestation (bettenführend) Station Erwachsene (offen / geschlossen) Station Kinder und Jugendliche (offen / geschlossen) Station Intensiv Schlaflabor Tages-/Nachtambulanz 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)

Kostenstellen- gruppe	Bezeichnung zugehöriger Kostenstellen
26	Andere Therapie Sprachtherapie Lichttherapie Deep Brain Stimulation Vagusnervstimulation Magnet-/Elektrokrampftherapie
07	Kardiologische Diagnostik/Therapie Herzkatheterlabor Angiologische Diagnostik
08	Endoskopische Diagnostik/Therapie Endoskopischer Eingriffsraum
09	Radiologie Konventionelle Röntgendiagnostik Computertomographie (CT) Angiographie, Angioplastie Magnet-Resonanz-Tomographie (Kernspintomographie)
10	Laboratorien Zentrallabor Labor Klinische Chemie Labor Medizinische Immunologie Blutdepot Labor Medizinische Mikrobiologie Labor Hämatologie Pathologie Pathophysiologie Histologie
11	Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche Neurophysiologie Funktionsdiagnostik EEG EKG EMG Lungenfunktionsdiagnostik Sonographie Elektrophysiologie Kreislauflabor Inhalation Ambulanz Poliklinik Notfallambulanz

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

Erläuterungen zur Kostenstellengliederung enthält Kap. 4.1.2.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
KSt.-Nr. (KHBV)	KSt.-Nr. (erweiterte Mindestan- forderung)	KSt.-Nr. (empfohlene Gliederung)	Kostenstellenbezeichnung	Kostenstellenkategorie					KSt.- Gruppe
				Direkte KSt.	Indirekte KSt.	KSt. me- dizinische Infrastr.	KSt. nicht medizin. Infrastr.	Abzogr. KSt.	
90			Gemeinsame Kostenstellen						
900			Gebäude einschließlich Grundstück und Außenanlagen		x		x		
		9001	Gebäude/Grundstück (für den Betrieb des Krankenhauses unerlässlich)		x		x		
		9002	Gebäude/Grundstück (für den Betrieb des Krankenhauses nicht unerlässlich)					x	
9010			Leitung und Verwaltung des Krankenhauses		x		x		
	90101		Kaufmännische Leitung		x		x		
	90102		Ärztliche Leitung		x	x			
	90103		Pflegedienstleitung		x	x			
	90104		Betriebswirtschaftliches Controlling		x		x		
	90105		Medizincontrolling		x	x			
		90106	Patientenverwaltung/-abrechnung (stationäre Patienten)		x		x		
		90107	Patientenverwaltung/-abrechnung (ambulante Patienten)					x	
		90108	Drittmittelverwaltung					x	
		90109	Zentraler Schreibdienst (allgemein)		x		x		
		90110	Zentraler Schreibdienst/Dokumentation (med.)		x	x			
		90111	Finanzbuchhaltung/Kosten- und Leistungsrechnung		x		x		
		90112	Personalverwaltung		x		x		
		90113	Materialwirtschaft		x		x		
		90114	EDV/IT-Support		x		x		
902			Werkstätten (ohne therapeutischen Bezug)		x		x		
904			Personaleinrichtungen (für den Betrieb des Krankenhauses unerlässlich)		x		x		

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
KSt.-Nr. (KHBV)	KSt.-Nr. (erweiterte Mindestan- forderung)	KSt.-Nr. (empfohlene Gliederung)	Kostenstellenbezeichnung	Kostenstellenkategorie					KSt.- Gruppe
				Direkte KSt.	Indirekte KSt.	KSt. medi- zische Infrastr.	KSt. nicht medizin. Infrastr.	Abzug. KSt.	
905			Aus-, Fort- und Weiterbildung		x		x		
906			Sozialdienst	x					21
91			Versorgungseinrichtungen		x				
910			Speisenversorgung		x		x		
911			Wäscheversorgung		x		x		
912			Zentraler Reinigungsdienst		x		x		
913			Versorgung mit Energie, Wasser, Brennstoffen		x		x		
914			Innerbetriebliche Transporte		x				
		9141	Patiententransporte		x	x			
		9142	Andere Transporte		x		x		
917			Apotheke		x	x			
92			Medizinische Institutionen						
920			Röntgendiagnostik und -therapie	x					9
	9201		Konventionelle Röntgenverfahren						9
	9202		Computertomographie (CT)						9
	9203		Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT)						9
	9204		Angiographie						9
	9205		Angioplastie/andere intervent. Verfahren						9
922			Laboratorien	x					10
923			Funktionsdiagnostik	x					11
	9231		Neuro-/Elektrophysiologie (EKG, EEG, EMG)	x					11
924			Sonstige diagnostische Einrichtungen	x					11
926			Physikalische Therapie	x					24
	9261		Bäder/Bewegungsbad	x					24
		9262	Krankengymnastik/Massage	x					24
		9263	Bewegungs-/Sporttherapie	x					24

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
KSt.-Nr. (KHBV)	KSt.-Nr. (erweiterte Mindestan- forderung)	KSt.-Nr. (empfohlene Gliederung)	Kostenstellenbezeichnung	Kostenstellenkategorie					KSt.- Gruppe
				Direkte KSt.	Indirekte KSt.	KSt. medi- zische Infrastr.	KSt. nicht medizin. Infrastr.	Abzug. KSt.	
927			Sonstige therapeutische Einrichtungen	x					11
	9273		Psychotherapie/Gesprächstherapie	x					23
	9274		Ergotherapie: Werkstätten, Gärtnerei, Landwirtschaft	x					25
	9275		Ergotherapie: Beschäftigungs-, Kreativtherapie, Bürotaining	x					25
	9276		Lehr-, Trainingsküche	x					25
	9279		Andere Therapie						
		92791	Logopädie	x					26
		92792	Lichttherapie	x					26
		92793	Schmerztherapie	x					26
		92794	Hirnstimulation	x					26
		92795	Elektrokrampftherapie	x					26
929			Ambulanzen	x					11
93 – 95			Pflegefachbereiche – Normalpflege						
956			Psychiatrie (Kostenstellen je Fachbereich, vgl. Kap. 4.1.2.2)						
	9561		Station Regelbehandlung	x					21
	9562		Station Intensivbehandlung	x					22
	9565		Station Forensik					x	
	9566		Schlaflabor	x					21
	9567		Andere Unterbringung außerhalb § 17d KHG					x	
96			Pflegefachbereiche – abweichende Pflegeintensität						
	967		Halbstationäre (teilstationäre) Leistungen – Tageskliniken	x					21
	968		Halbstationäre (teilstationäre) Leistungen – Nachtkliniken	x					21

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
KSt.-Nr. (KHBV)	KSt.-Nr. (erweiterte Mindestan- forderung)	KSt.-Nr. (empfohlene Gliederung)	Kostenstellenbezeichnung	Kostenstellenkategorie					KSt.- Gruppe
				Direkte KSt.	Indirekte KSt.	KSt. medi- zinische Infrastr.	KSt. nicht medizin. Infrastr.	Abzogr. KSt.	
97			Sonstige Leistungen						
970			Personaleinrichtungen (für den Betrieb des Krankenhauses nicht unerlässlich)					x	
971			Ausbildung					x	
		9711	Ausbildungsstätte (je Ausbildungsberuf gem. § 2 Nr. 1a KHG)					x	
		9712	Ausbildungsstätte (je Ausbildungsberuf, nicht in § 2 Nr. 1a KHG genannt)					x	
		9713	Ausbildung (akademisches Lehrkrankenhaus)					x	
972			Forschung und Lehre					x	
98			Ausgliederungen					x	
981			Hilfs- und Nebenbetriebe					x	

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

KST-Nr.	Bezeichnung der Kostenstelle	Verrechnungsschlüssel		
		Priorität 1	Priorität 2	Priorität 3
901	Ärztlicher Direktor	Vollzeitkräfte AD	primäre Personalkosten AD	
	Pflegedienstleitung	Vollzeitkräfte PD	primäre Personalkosten PD	
	Medizinischer Schreibdienst	Arbeitsstunden	Vollzeitkräfte AD, PD, Therapeuten, FD	
	Archiv Patientenakten	Anzahl bearb. Dokumente	Fallzahl	
	Medizin. Dokumentation	Anzahl bearb. Dokumente	Pflegelage	
	Medizincontrolling	Vollzeitkräfte	primäre Gemeinkosten	Fallzahl
	Qualitätsmanagement	Vollzeitkräfte (KoAGrp 1, 2, 3a/b/c, 3)	prim. Personalk. (KoAGrp 1, 2, 3a/b/c, 3)	
902	Werkstatt (medizinisch)	Arbeitsstunden	primäre Sachkosten	
904	Zimmer Bereitschaftsdienst	Vollzeitkräfte AD		
905	Medizinische Bibliothek	Vollzeitkräfte AD		
906	Krankenhausseelsorge	Pflegelage		
	Patientenbücherei	Pflegelage		
911	Bettenaufbereitung	Anzahl aufbereitete Betten	Fallzahl	
	Desinfektion	Arbeitsstunden	Pflegelage	
912	Krankenhaushygiene	Arbeitsstunden	Pflegelage	
913	Medizintechnik	Arbeitsstunden	Ausstattung Geräte	
914	Kranken Transporte	Anzahl Transporte	Vollzeitkräfte	
917	Apotheke	Anzahl Bestellungen	primäre Sachkosten (KoAGrp 4)	
919	Medizinisches Zentrallager	Anzahl Lagereinheiten	primäre Sachkosten (KoAGrp 4,5,6)	

Anmerkungen zu den VerrechnungsschlüsselnGrößen der leistenden Kostenstellen (Erfassung nach anfordernden Kostenstellen) - Priorität 1

Arbeitsstunden
Anzahl Bestellungen
Anzahl bearb. Dokumente
betreute Patienten
Anzahl aufber. Betten ggf. gewichtet nach Leistungsart
Verbrauchsmenge gem. Zählerstand
Anzahl Transporte ggf. gewichtet nach Entfernung/Dauer
Anz. Sterilguteinheiten gewichtet nach Umfang/Inhalt
Anzahl Lagereinheiten ausgegebene Lagereinheiten

Größen der empfangenden Kostenstellen

Vollzeitkräfte ggf. nur einzelner Dienstarten
Ausstattung Geräte gem. Inventarverzeichnis
Anzahl Anschlüsse
Fallzahl administrative Entlassungen
Pflegelage
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 9 PSY: IBLV-Verrechnungsschlüssel (Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur)

KST-Nr.	Bezeichnung der Kostenstelle	Verrechnungsschlüssel		
		Priorität 1	Priorität 2	Priorität 3
900	Gebäude	m² Nutzfläche	m² Grundfläche	
	Grundstücke	m² Nutzfläche	m² Grundfläche	
	Außenanlagen	m² Nutzfläche	m² Grundfläche	
901	Verwaltung (allgemein)	Vollzeitkräfte	primäre Gemeinkosten	
	Krankenhausdirektion	Vollzeitkräfte	primäre Gemeinkosten	
	Zentraler Schreibdienst (allg.)	Arbeitsstunden	Vollzeitkräfte	
	Patientenverwaltung	Fallzahl		
	Finanzbuchhaltung	Vollzeitkräfte	primäre Gemeinkosten	
	Kosten-/Leistungsrechnung	Vollzeitkräfte	primäre Gemeinkosten	
	Personalabteilung	Vollzeitkräfte	primäre Personalkosten	
	Einkauf/Materialwirtschaft	Anzahl Bestellungen	primäre Sachkosten	
	EDV/IT-Support	Ausstattung Geräte	Vollzeitkräfte	
(Betriebswirtsch.) Controlling	Vollzeitkräfte	primäre Gemeinkosten	Fallzahl	
902	Werkstatt/Technik (allg.)	Arbeitsstunden	m² Nutzfläche	
904	Betriebsrat	Vollzeitkräfte	primäre Personalkosten	
	Betriebsarzt	Arbeitsstunden	Vollzeitkräfte	primäre Personalkosten
905	Seminar-/Vortragsraum	Vollzeitkräfte	primäre Personalkosten	
910	(Diät-)Küche	Anzahl Essen (gew.)	Beköstigungstage	
	Spülküche	Anzahl Essen (gew.)	Beköstigungstage	
911	Wäscherei, Schneiderei	kg Wäsche	Pflegetage	
912	Reinigungsdienst	Reinigungsfläche		
913	Wärmeversorgung	Verbrauchsmenge	m² Nutzfläche	
	Wasserversorgung	Verbrauchsmenge	m² Nutzfläche	m² Grundfläche
	Stromversorgung	Verbrauchsmenge	m² Nutzfläche	m² Grundfläche
	Abfall/Entsorgung	m² Nutzfläche	m² Grundfläche	
	Klima-/Lüftungszentrale	Verbrauchsmenge	m² klimatisierte Fläche	m² Nutzfläche
914	Gebäudetechnik	Arbeitsstunden	Ausstattung Geräte	m² Nutzfläche
	Innerbetr. Transporte	Anzahl Transporte	Vollzeitkräfte	Fallzahl
914	Fuhrpark	gefahrte km	Vollzeitkräfte	Fallzahl
	Zentrallager	Anzahl Lagereinheiten	primäre Sachkosten	

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	
Reinigungsfläche	Fläche gewichtet mit Reinigungsfrequenz
Verbrauchsmenge	gem. Zählerstand
Anzahl Transporte	ggf. gewichtet nach Entfernung/Dauer
gefahrte km	gem. Fahrtenbuch
Anzahl Lagereinheiten	ausgegebene Lagereinheiten

Größen der empfangenden Kostenstellen

m² Grundfläche	gem. Raumbuch
m² Nutzfläche	gem. Raumbuch
m² klimatisierte Fläche	gem. Raumbuch
Vollzeitkräfte	ggf. nur einzelner Dienstarten
Ausstattung Geräte	gem. Inventarverzeichnis
Fallzahl	administrative Entlassungen
Pflegetage	
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

Artikelgruppe	Einsatzgebiet	Artikel (allgemeine Bezeichnung)	Mengen- einheit	Kostenzurechnung ¹		Kostenausweis	
				IST	KVM	KoStGrp	KoArtGrp
Medikamente ³	Antibiotika	Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)	²	X	X	OdV	4b
	Antimykotika	Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)	²	X	X	OdV	4b
	Hormonpräparate (z.B. Octreotid, r-TSH)	Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)	²	X	X	OdV	4b
	Immunstimulanzen (z.B. Interferon)	Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)	²	X	X	OdV	4b
	Immunsuppressiva	Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)	²	X	--	OdV	4b
	Monoklonale Antikörper	Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)	²	X	X	OdV	4b
	Plasmaproteine	Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)	²	X	X	OdV	4b
	Psychopharmaka		²	X	X	OdV	4b
	Supportive Tumortherapie (z.B. Zytoprotektiva, G-CSF)	Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)	²	X	X	OdV	4b
	Virustatika	Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)	²	X	X	OdV	4b
	Zytokine	Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)	²	X	X	OdV	4b
	Zytostatika	Teure Medikamente (ab 10 € Kosten pro Tag)	²	X	--	OdV	4b
	Blutprodukte ⁴	Erythrozytenkonzentrate		TE ⁵	X	--	10
Thrombozytenkonzentrate			TE ⁵	X	--	10	4b
Apherese-Thrombozytenkonzentrate			Konz. ⁵	X	--	10	4b
Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate			Konz. ⁵	X	--	10	4b
Lymphozyten			TE ⁵	X	--	10	4b
Leukozyten			²	X	--	10	4b
Granulozytenkonzentrate			Konz. ⁵	X	--	10	4b
Fresh Frozen Plasma (FFP)			TE ⁵	X	X	10	4b
Katheter	Herz und Gefäße	Herzkatheter	Stück	X	X ⁶	OdV	6b
		PTA-Katheter	Stück	X	X ⁶	OdV	6b
		Angiographiekatheter	Stück	X	X ⁶	OdV	6b
	Gastrointestinaltrakt	ERCP-Katheter	Stück	X	X ⁶	OdV	6b

Artikelgruppe	Einsatzgebiet	Artikel (allgemeine Bezeichnung)	Mengen- einheit	Kostenzurechnung ¹		Kostenausweis	
				IST	KVM	KoStGrp	KoArtGrp
Verbrauchsmaterialien, andere		Spezielle Einmalartikel für endoskopische Diagnostik / Therapie ⁷	Stück	X	X ⁶	OdV	6b
		Spezielle Elektroden ⁷	Stück	X	--	OdV	6b
		Spezielle Kanülen ⁷	Stück	X	X	OdV	6b
		Spezielle Kontrastmittel	²	X	X	OdV	6b
		Video-Kapseln	Stück	X	X	OdV	6b
Aufwendige Fremdleistungen		Spez. diagnostische Leistungen	Anz. L.	X	X	OdV	6b
		Dialysen und verwandte Verfahren	Anz. L.	X	--	3	6b

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 Einzelkostenzurechnung 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 Dienstarten medizinisch-technischer Dienst und Funktionsdienst

Kostenartengruppe 2: Personalkosten Pflegedienst/Erziehungsdienst	Kostenartengruppe 3a: Personalkosten Psychologen	Kostenartengruppe 3b: Personalkosten Sozialarbeiter/Sozial-/ Heilpädagogen	Kostenartengruppe 3c: Personalkosten Spezialtherapeuten
Pflege- und Pflegehilfspersonal im stationären Bereich (Dienst am Krankenbett), auch in Intensiv- und Dialysestationen	Psychologen	Sozialarbeiter	Krankengymnasten
	Nichtärztliche Psychotherapeuten	<i>Sozialpädagogen</i>	Logopäden
		<i>Heilpädagogen</i>	Masseure
Psychagogen			Medizinische Bademeister
<i>Erzieher</i>			Beschäftigungstherapeuten (einschließlich Arbeitstherapeuten)
<i>Heilerziehungspfleger</i>			<i>Physiotherapeuten</i>
			<i>Suchttherapeuten</i>
			<i>Musiktherapeuten</i>
			<i>Kunsttherapeuten</i>
Kostenartengruppe 3: Personalkosten med.-techn. Dienst/Funktionsdienst*			
Apothekenpersonal	Cytologieassistenten	Kardiotechniker	Orthoptisten
Bio-Ingenieure	EEG-Assistenten	Krankenhausingenieure	Laboranten
Chemiker	Audiometristen	Physiker	Diätassistenten
Chemotechniker	Krankentransportdienst	Medizinphysiker	Arzthelfer
Personal der Zentralsterilisation	Medizinisch-technische Assistenten	Gesundheitsingenieure	Zahnärztliche Helferinnen
Tierpfleger und Sektionsgehilfen	Medizinisch-technische Gehilfen	Physikalisch-technische Assistenten	Krankenpflegepersonal für Operationsdienst
Hebammen und Entbindungspfleger	Personal für die medizinische Dokumentation	Krankenpflegepersonal in Polikliniken	Krankenpflegepersonal für Anästhesie
Kindergärtnerinnen, soweit zur Betreuung kranker Kinder eingesetzt	Schreibkräfte im ärztliche und medizinisch-technischen Bereich	Krankenpflegepersonal in der Ambulanz	Krankenpflegepersonal in der Endoskopie
Krankenpflegepersonal im Bluttransfusionsdienst	Medizinisch-technische Radiologieassistenten	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten	Krankenpflegepersonal in der Funktionsdiagnostik
Sonstige Kräfte im medizinisch-technischen Bereich			

*) 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 Allgemeinspsychiatrie, Gerontopsychiatrie oder Sucht; tagesvariable Merkmale)

Merkmale	Punkte				
	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	5 Punkte
Aggression (selbst- und fremdbezogen) und/ oder Suizidgefährdung	kein oder einmaliges Auftreten verbal-aggressiven und/oder provokanten Verhaltens	2-4 maliges Auftreten verbal-aggressiven und/ oder provokanten Verhaltens und/ oder mittelgradige Suizidgefährdung	andauerndes Auftreten verbal-aggressiven und/ oder provokanten Verhaltens und/ oder mittel- bis schwergradige Suizidgefährdung	bis zu 3 mal/Tag Auftreten körperlicher Aggression, auch gegenüber sich selbst und/ oder schwergradige Suizidgefährdung	fortwährendes Auftreten körperlicher Aggression gegenüber der Umgebung oder sich selbst und/ oder besonders schwergradige Suizidgefährdung
Desorientiertheit (Zeitlich, örtlich, zur Person, zur Situation)	keine oder max. 1 Qualität betreffende zeitweilige Orientierungsstörung	zeitweilige, mehr als 1 Qualität betreffende Orientierungsstörung	andauernde, 1 Qualität betreffende Orientierungsstörung	andauernde, 1-3 Qualitäten betreffende Orientierungsstörung	ständige und alle Qualitäten umfassende vollständige Orientierungsstörung
Einschränkung der Kooperationsfähigkeit (Absprachefähigkeit, Änderungsmotivation, Gruppenfähigkeit, Krankheitseinsicht)	insgesamt nicht wesentlich eingeschränkte Kooperationsfähigkeit	zeitweise eingeschränkte Kooperationsfähigkeit (Einzelsituation)	oft eingeschränkte Kooperationsfähigkeit (2-3 Situationen täglich)	überwiegend eingeschränkte Kooperationsfähigkeit (bis auf Ausnahmen keine Kooperation)	keine Kooperationsfähigkeit
Einschränkung der Selbstständigkeit in der persönlichen Lebensführung (z.B. Aktivitäten des täglichen Lebens)	weitestgehende Selbstständigkeit	braucht gelegentlich Unterstützung in einzelnen Lebensbereichen	braucht wiederholende Unterstützung in mehreren Lebensbereichen	braucht häufig umfassende Unterstützung in 1 oder mehreren Lebensbereichen	braucht dauerhaft umfassende Unterstützung in allen Lebensbereichen
Auftreten von Ausnahmesituationen bei folgenden Gegebenheiten: • akute Erregungszustände • schwere somatische Gefährdung • emotionale Krisen • Verweigerung notwendiger Nahrungsaufnahme	kaum Auftreten von Ausnahmesituationen (keine oder max. Einzelsituation)	½ bis 1 Std./Tag dauernde Ausnahmesituation	1 bis 2 Std./Tag dauernde Ausnahmesituation	2 bis 6 Std./Tag dauernde Ausnahmesituation	> 6 Std./Tag dauernde Ausnahmesituation
Somatischer Versorgungsbedarf	kaum Auftreten von somatischem Versorgungsbedarf (keine oder max. Einzelsituation)	½ bis 1 Std./Tag somatischer Versorgungsbedarf	1 bis 2 Std./Tag somatischer Versorgungsbedarf	2 bis 6 Std./Tag somatischer Versorgungsbedarf	> 6 Std./Tag somatischer Versorgungsbedarf

Beispiel 2: Modell 2.1 (vorwiegend geeignet für die Behandlungsbereiche Sucht oder Allgemeinpsychiatrie; tagesvariable Merkmale)

Merkmale	Punkte					
	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	5 Punkte	6 Punkte
Bewusstseins- und Orientierungsstörungen (inkl. dissoziative Zustände)	Keine Störung des Bewusstseins oder der Orientierung	Zeitweise gestörte Orientierung in einer Qualität, Orientierung durch kurze Hilfe wieder herstellbar. Auf Station ist Beobachtung erforderlich.	Zeitweise gestörte Orientierung in zwei Qualitäten, Orientierung durch kurze Hilfe wieder herstellbar. Gelegentliche Hilfen auf Station erforderlich (falsches Zimmer etc.)	Zeitweise gestörte Orientierung in mehr als zwei Qualitäten oder dauerhaft gestörte Orientierung in einer Qualität, auch bei Hilfestellung. Häufigere Hilfen auf Station erforderlich.	Dauerhaft gestörte Orientierung in einer Qualität zusammen mit zeitweise gestörter Orientierung in einer weiteren Qualität. Praktisch ständige Hilfe auf Station erforderlich.	Dauerhaft gestörte Orientierung in mehr als einer Qualität zusammen mit zeitweise gestörter Orientierung in weiteren Qualitäten. Ständige Hilfe auf Station erforderlich.
Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Denkstörungen (formal und inhaltlich)	Keine Störung von Aufmerksamkeit, Gedächtnis oder Denken	Leichte Gedächtnisstörung, meist subjektiv berichtet, vergisst nebensächliche Details, benötigt auf Station selten Erinnerungshilfen. Bzw. Leichte Denkstörung, kann sich meist verständlich und kohärent ausdrücken und zu allen Themen antworten, erscheint kaum abgelenkt; auf Station absprachefähig. Bzw. Allenfalls leichte Wahnstimmung oder vereinzelte Wahnwahrnehmungen.	Mäßige Gedächtnisstörung, vergisst gelegentlich relevante Details oder erinnert von drei Begriffen nur zwei; benötigt auf Station gelegentlich Erinnerungshilfen. Bzw. Mäßige Denkstörung, Verständigung nicht eingeschränkt, aber assoziativ gelockert, verliert gelegentlich den Faden, thematisch leicht eingeeengt, oder leicht ablenkbar; auf Station absprachefähig. Bzw. Wahn-/Zwangsgedanken oder Wahnwahrnehmungen ohne nennenswerte Beeinträchtigung.	Deutliche Gedächtnisstörung, vergisst relevante Details, erinnert von drei Begriffen ein bis zwei; benötigt auf Station häufig Erinnerungshilfen. Bzw. Deutliche Denkstörung; Verständigung erschwert durch Sprunghaftigkeit, Ablenkbarkeit oder thematische Einengung; auf Station nur begrenzt absprachefähig. Bzw. Beeinträchtigung durch Wahn-/Zwangsgedanken oder Halluzinationen.	Starke Gedächtnisstörung, vergisst die meisten Erklärungen, erinnert meist keinen von drei Begriffen; findet wiederholt gewohnte Orte auf Station nicht. Bzw. starke Denkstörung; deutlich erschwerte Verständigung. Häufige Abspracheprobleme auf Station. Bzw. Deutliche Beeinträchtigung durch Wahn-/Zwangsgedanken oder Halluzinationen.	Massive Gedächtnisstörung, kann sich Erklärungen nicht merken; kann sich auf Station nicht orientieren. Bzw. Massive Denkstörung; Verständigung kaum möglich. Kann Absprachen nicht verstehen oder einhalten. Bzw. Völlig absorbiert durch Wahn-/Zwangsgedanken oder Halluzinationen.
Störungen der Affektivität (insbes. der Affektsteuerungsfähigkeit)	Keine Störung der Affektivität	Leichte Herabgestimmtheit, Ängstlichkeit, Stimmungsschwankungen oder Craving (bei Suchterkrankung) mit gesteigertem Kontaktbedarf und gelegentlicher Notwendigkeit stützender Gespräche oder Bedarfsmedikation. Bzw. Vereinzelt impulsive Stimmungsschwankungen bei erhaltener Steuerungsfähigkeit	Mäßige Herabgestimmtheit, Ängstlichkeit, Stimmungsschwankungen oder Craving (bei Suchterkrankung) mit gesteigertem Kontaktbedarf und gelegentlicher Notwendigkeit stützender Gespräche oder Bedarfsmedikation. Bzw. Impulsdurchbrüche alle ein bis zwei Tage bei meist erhaltener Steuerungsfähigkeit	Deutliche Herabgestimmtheit, Ängstlichkeit, Stimmungsschwankungen oder Craving (bei Suchterkrankung) mit ein bis zwei Mal täglicher Notwendigkeit stützender Gespräche oder Bedarfsmedikationsgabe. Bzw. Tägliche Impulsdurchbrüche bei gelegentlich aufgehobener Steuerungsfähigkeit. Gelegentlich überraschendes Agieren.	Starke Herabgestimmtheit, Ängstlichkeit, Stimmungsschwankungen oder Craving (bei Suchterkrankung) mit mehrfach täglicher Notwendigkeit stützender Gespräche und Ermutigung oder Bedarfsmedikationsgabe. Bzw. Tägliche Impulsdurchbrüche, wiederholt eskalierend bei meist aufgehobener Steuerungsfähigkeit. Handeln oft nicht vorhersehbar.	Massive Herabgestimmtheit, Ängstlichkeit, Stimmungsschwankungen oder Craving (bei Suchterkrankung) mit ständigem Hilfe- und Ermutigungsbedarf oder Bedarfsmedikationsgabe. Bzw. Häufige raptusartige Impulsdurchbrüche, meist eskalierend bei fehlender Steuerungsfähigkeit. Handeln nicht vorhersehbar.
Störungen des Antriebs (gesteigert oder vermindert)	Keine Störung des Antriebs	Antrieb leicht gesteigert, vermehrte Pläne und Wünsche, Integration auf Station aber ungestört. Bzw. Leichte Antriebsminderung wird berichtet oder beobachtet; Integration auf Station aber ungestört.	Antrieb erkennbar gesteigert, Lenkung und Eingrenzung wird gelegentlich erforderlich. Bzw. Antrieb mäßig reduziert, gelegentliche Anregung und Motivation erforderlich.	Antrieb deutlich gesteigert, Lenkung und Eingrenzung wird mehrmals täglich erforderlich. Bzw. Antrieb deutlich reduziert, mehrmals tägliche Anregung und Motivation erforderlich.	Antrieb stark gesteigert, Lenkung und Eingrenzung gelingt täglich nur noch teilweise. Bzw. Antrieb stark reduziert, Anregung und Motivation nur noch kurzzeitig erfolgreich; teilweise Unterstützung erforderlich.	Antrieb massiv gesteigert, Lenkung und Eingrenzung nicht mehr möglich, erfordert ständige Begleitung oder sogar Fixierung. Bzw. Antrieb praktisch aufgehoben; muss zu allen Verrichtungen angehalten bzw. dabei unterstützt werden.
Selbst- und Fremdaggressivität (inkl. Suizidalität)	Keine Selbst- oder Fremdaggressivität	Kurzzeitiger Eindruck von Selbst- oder Fremdaggressivität bzw. Suizidalität, Beobachtung erforderlich.	Eindruck von Selbst- oder Fremdaggressivität bzw. suizidale Andeutungen, vermehrte Beobachtung oder vereinzelt aktive Intervention erforderlich.	Androhung von Selbst- oder Fremdaggression, mehrmals tägliche aktive Intervention erforderlich, bzw. Ausgangsbeschränkung bei Suizidalität.	Wegen anhaltender Androhung von Selbst- oder Fremdaggression ist Beobachtung und Intervention über einen Großteil des Tages erforderlich (z.B. auch kurzzeitige Fixierung bzw. nur begleiteter Ausgang).	Massive Selbst- oder Fremdaggression, fehlende Absprachefähigkeit, ständige Beobachtung und Intervention erforderlich (z.B. auch mehrfach tägliche oder überwiegende Fixierung bzw. Ausgangsperre).
Beeinträchtigung der Selbstversorgungsfähigkeit und somatische Störungen (Unterstützungs-, Überwachungs- und Beobachtungsbedarf)	Keine Beeinträchtigung der Selbstversorgungsfähigkeit, keine relevante somatische Störung	Leichte Beeinträchtigung; Anleitung in einzelnen Bereichen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich. Bzw. Somatische Störung, die gelegentliche Überwachung erfordert (z.B. leichte, gelegentliche BZ/RR-Schwankungen oder erwarteter Entzug, wegen dessen erhöhte Überwachung erforderlich ist)	Mäßige Beeinträchtigung; Anleitung in mehreren Bereichen oder Beaufsichtigung bzw. gelegentliche Unterstützung in einzelnen Bereichen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich. Bzw. Mäßige somatische Störung; wiederholte Überwachung erforderlich (z.B. mäßige, häufigere BZ/RR-Schwankungen oder leichter Entzug mit vegetativen Zeichen bzw. RR-Erhöhung)	Deutliche Beeinträchtigung; Beaufsichtigung in mehreren Bereichen oder vollständige Übernahme in einzelnen Bereichen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich. Bzw. Deutliche somatische Störung; häufige Überwachung mit gelegentlicher Intervention erforderlich (z.B. ausgeprägte BZ/RR-Schwankungen oder deutlicher Entzug mit deutlichen vegetativen Zeichen, Krampfanamnese)	Starke Beeinträchtigung; teilweise Übernahme in allen Bereichen bzw. vollständige Übernahme in mehreren Bereichen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich - darunter auch halbtägige Bettlägerigkeit oder Fixierung. Bzw. Starke somatische Störung; engmaschige Überwachung mit wiederholter Intervention erforderlich (z.B. ausgeprägte BZ/RR-Schwankungen bei gefährdender Grunderkrankung, Überwachung der Atmung bei Intoxikation oder starker Entzug mit deutlicher Beeinträchtigung bzw. Prädelir oder kürzlich stattgehabtem Krampfanfall)	Massive Beeinträchtigung; ständige Hilfen in allen Bereichen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) erforderlich (darunter auch ganztägige Bettlägerigkeit oder Fixierung). Bzw. Vitale Gefährdung; engmaschige Überwachung und häufige Intervention erforderlich (z.B. akut vital bedrohliche somatische Parameter, starke Intoxikation oder schwerer Entzug mit Delir oder Entzugskrämpfen)

Ziel der Bewertungen ist, ein Maß für die unterschiedliche Betreuungsintensität verschiedener Patienten(gruppen) (v.a. durch Pflegefachkräfte, Ärzte, Psychologen) zu finden. Die Dimensionen „Zeit“ und „Stärke der Störung“ spielen ineinander: Eine ganztägige leichte Störung kann die gleiche Belastung wie eine halbtägige starke bedeuten. Die aufgeführten Beispiele und Erläuterungen sind nicht abschließend, sondern sollen Hinweise zur Bewertung geben. Die Bewertung der sechs Kriterien soll tägliche Schwankungen widerspiegeln, d.h. sie können sich von Tag zu Tag ändern. Begriffe wie „dauerhaft“ beziehen sich i.d.R. auf den jeweilig bewerteten Tag.

Beispiel 3: Modell 3.1 (vorwiegend geeignet für die Behandlungsbereiche Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie oder Sucht; tagesvariable Merkmale)

Merkmale	Punkte				
	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	5 Punkte
(Auto-)Aggressivität	Keine Aggressivität erlebt	Anschreien, Beschimpfen, Verweigern von Pflegemaßnahmen, Einnässen, Einkoten, Beschmutzen von Gegenständen	Latente Aggressivität, Sachbeschädigung, schubsen	Schlagen, Treten, Kratzen, Beißen, selbstverletzendes Verhalten, latente Suizidgefahr	Akute Selbstgefährdung, Akute Fremdgefährdung
Desorientiertheit	Orientiert	Vergesslichkeit, erschwertes Denken, gestörte räumliche Vorstellung, Sprachstörung, Antriebsdefizite	Zeitweilige Orientierungsdefizite zur Person, Raum und Zeit	Desorientiertheit, hochgradige Vergesslichkeit, Sprachzerfall, Handlungsunfähigkeit	Schwerster geistiger Abbau, körperliche Störungen
Kooperationsbereitschaft, Absprachefähigkeit, Gruppenfähigkeit	Kooperativ, absprachefähig, gruppenfähig	Leichte Einschränkungen	Starke Einschränkungen	Unkooperativ	Destruktiv
Beziehungs- und Kontaktstörung (Anklammernd, verweigernd, kränkbar, misstrauisch, Beziehungsabbruchtendenzen)	Beziehungs- und kontaktfähig	Leichte Einschränkungen	Mittlere Einschränkungen	Schwere Einschränkungen	Beziehungsabbruch / Trennungsunfähigkeit
Unselbstständigkeit in der persönlichen Lebensführung	Völlig selbstständig, keine Unterstützung notwendig	Einschränkungen, Anleitung notwendig	Einschränkungen, vermehrte Unterstützung vereinzelt notwendig	Einschränkungen, vermehrte Unterstützung in mehreren Bereichen notwendig	Komplette Einschränkungen, Komplette Übernahmen notwendig
Somatische Pflege (Mitwirkung bei Blutentnahmen, Injektionen und Infusionen, Durchführung von Einläufen, Katheterismus und anderen medizinischen Verordnungen, Wundversorgung, Richten und Ausgeben von Medikamenten, Mitwirkung bei der Notfallversorgung und von Maßnahmen der ersten Hilfe, Ganzwaschung, Mobilisation, Kontinenzversorgung)	0 – 30 Minuten	31 – 60 Minuten	61 – 90 Minuten	91 – 120 Minuten	Mehr als 120 Minuten
Erhöhter Informationsaustausch	Normaler Informationsaustausch	Gesteigerter Informationsaustausch	Kleines Team	Großes Team, Teamsupervision	Fokus, Fallsupervision
Ausnahmensituationen (mindestens 2 Stunden/Tag andauernd)	Engmaschige Kontrollgänge über 24 Stunden notwendig (3 Punkte)	1:1 Betreuung 2-6 Stunden (4 Punkte)	1:1 Betreuung 6-12 Stunden (5 Punkte)	1:1 Betreuung 12-18 Stunden (6 Punkte)	1:1 Betreuung 18-24 Stunden (7 Punkte)

Beispiel 4: Modell 4.1 (vorwiegend geeignet für den Behandlungsbereich Allgemeinpsychiatrie; tagesvariable Merkmale)

Merkmale	Punkte 1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	5 Punkte	6 Punkte
Suizidalität / Fremdgefährdung / Antriebssteigerung	Keine Suizidalität / Fremdgefährdung / Antriebssteigerung	Der Patient hat Suizidabsichten, aber keine konkreten Pläne. Der Patient ist absprachefähig. Die Abklärung der Suizidalität im Rahmen der Routineversorgung ist in der Regel ausreichend. ODER Der Patient ist ausgeprägt ungeduldig oder gereizt, kann sich aber beherrschen. Der Patient kann im Rahmen der Routineversorgung beruhigt werden. ODER Der Patient steht unter starker innerer Anspannung, ist unruhig und/oder hat Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle. Ein u. U. bestehender Drang zur Selbstverletzung kann mit eigenen Mitteln kompensiert werden. Der Patient kann im Rahmen der Routineversorgung beruhigt werden.	%	Der Patient beabsichtigt einen Suizid und hat einen konkreten Plan. Der Patient ist nur kurzfristig absprachefähig. Der Grad der Selbstgefährdung muss regelmäßig (>3 pro Tag) abgeklärt werden. ODER Patient verhält sich provozierend und drohend, kann aber beruhigt werden. Häufige kurze Gesprächskontakte (>3) am Tag notwendig. ODER Der Patient steht unter starker innerer Anspannung oder Erregung und/oder hat Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle, die er nur mit Mühe beherrschen kann. Ein u. U. bestehender Drang zur Selbstverletzung kann nicht mit eigenen Mitteln kompensiert werden. Häufige kurze entlastende (>3 pro Tag) Gesprächskontakte notwendig.	%	Die Gedanken des Patienten kreisen nur noch um den Suizid, der Patient möchte seinen konkreten Plan durchführen. Der Patient ist nicht absprachefähig. Der Patient muss ständig beobachtet werden. ODER Patient ist gewalttätig, physisch destruktiv. Zwangsmaßnahmen (z. B. Fixierung) können notwendig sein. ODER Der Patient steht unter starker innerer Anspannung oder Erregung und/oder hat Impulsdurchbrüche. Es kommt u. U. zu selbstverletzendem Verhalten. Zwangsmaßnahmen (z. B. Fixierung) können notwendig sein.
Mutismus / Stupor	Kein Mutismus/Stupor	Der Patient zeigt eine stärkere motorische Verlangsamung (z.B. reduzierte Gestik, langsamer Gang). Der Patient ist deutlich passiv im Gespräch (z.B. Tendenz zu längeren Pausen). Auch mit größerer Mühe ist es für den Patienten schwierig, an den Stationsaktivitäten teilzunehmen.	Alle Bewegungen sind sehr langsam. Infolge langer Pausen und kurzer Antworten dauern Gespräche deutlich länger. Der Patient kann an weniger als drei Stunden an Tätigkeiten/Aktivitäten auf der Station teilnehmen.	Die Retardierung der motorischen Aktivität nähert sich dem Stupor (oder beinhaltet Stupor). Gespräche können nur unter großen Schwierigkeiten durchgeführt werden. Der Patient kann an keinen Tätigkeiten/Aktivitäten auf der Station mehr teilnehmen.	%	%
Fehlende Orientierung/ Realitätsverkennung	Vollständige Orientierung, keine Realitätsverkennung	Der Patient leidet unter fehlender Orientierung und Realitätsverkennung, kann aber im Rahmen der Routineversorgung betreut werden.	%	Der Patient möchte weglaufen, oder unternimmt planlose und unangemessene Aktivitäten, die eingeschränkt werden müssen, da der Patient sich sonst selbst gefährden würde.	%	Der Patient möchte weglaufen oder unternimmt planlose und unangemessene Aktivitäten, die eingeschränkt werden müssen, da der Patient sich sonst selbst gefährden würde. Der Patient reagiert aggressiv und gewalttätig, wenn er eingeschränkt wird. Unter Umständen sind Zwangsmaßnahmen notwendig.
Körperpflege	Selbstständige Körperpflege	Der Patient hat Probleme, sich um seine Körperpflege zu kümmern, kann aber im Rahmen der Routineversorgung hierzu angehalten werden.	Der Patient benötigt umfangreiche Unterstützung bei der Körperpflege durch Dritte.	Muss vollkommen von Dritten übernommen werden.	%	%
Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme	Eigenständige Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme	Der Patient hat Schwierigkeiten mit der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, kann aber im Rahmen der Routineversorgung unterstützt werden.	Der Patient benötigt umfangreiche Unterstützung bei der Ernährung durch Dritte.	Muss vollkommen von Dritten übernommen werden.	%	%

Beispiel 5: Modell 5.1 (vorwiegend geeignet für den Behandlungsbereiche Gerontopsychiatrie oder Allgemeinpsychiatrie; tagesvariable Merkmale)

Merkmale	Punkte 1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	5 Punkte	6 Punkte	7 Punkte
Orientierung	keine Orientierungsstörung	<u>Ausgeprägte Orientierungsstörung:</u> - Zeitweise fehlende Orientierung - Steuerungsfähigkeit/Lenkbarkeit ist noch vorhanden - Die Beeinträchtigung erfordert zeitweise zusätzliche Interventionen - Orientierungsgebende Kurzkontakte - Zeitweise Aufsicht erforderlich	%	<u>Deutlich ausgeprägte Orientierungsstörung:</u> - Häufig fehlende Orientierung - Steuerungsfähigkeit/Lenkbarkeit ist nur bedingt vorhanden - Die Beeinträchtigung erfordert häufige zusätzliche Interventionen - Häufige orientierungsgebende und informierende Kurzkontakte - Engmaschige Aufsicht	%	<u>Besonders ausgeprägte Orientierungsstörung:</u> - Vollkommen fehlende Orientierung - Steuerungsfähigkeit/Lenkbarkeit ist eingeschränkt bis nicht vorhanden - Die Beeinträchtigung erfordert intensive zusätzliche Interventionen - Ständige Aufsicht und Begleitung	%
Aggressivität	keine Aggressivität	<u>Ausgeprägte Aggressivität:</u> - Erhöhte Reizbarkeit mit verbalem Erregungsverhalten - Beeinträchtigung des Gruppenmilieus - Die Beeinträchtigung erfordert zusätzliche Interventionen - Verbale Deeskalation möglich	%	<u>Deutlich ausgeprägte Aggressivität:</u> - Hohe Reizbarkeit mit gegenständlichen Aggressionsausbrüchen - Deutliche Beeinträchtigung des Gruppenmilieus - Die Beeinträchtigung erfordert intensive zusätzliche Interventionen - Verbale und räumliche Deeskalation erforderlich	%	<u>Besonders ausgeprägte Aggressivität:</u> - Selbst- und/oder fremd aggressives Verhalten - Erhebliche Beeinträchtigung des Gruppenmilieus - Die Beeinträchtigung erfordert besonders intensive zusätzliche Interventionen - Verbale und räumliche Deeskalation ist zwingend notwendig	%
Kooperationsfähigkeit/Adhärenz	keine Beeinträchtigung der Kooperation und/oder Adhärenz	<u>Beeinträchtigung der Kooperation und/oder Adhärenz:</u> - Herabgesetzte Übereinstimmung mit den Behandlungszielen und Formen - Herabgesetzte Absprachefähigkeit und Regelakzeptanz - Aufklärungs- und Abstimmungsbedarf zur Behandlung - Zusätzlich erforderliche edukative und motivierende Interventionen	%	<u>Erhöhte Beeinträchtigung der Kooperation und/oder Adhärenz:</u> - Patient hält sich schwer an Absprachen, oft oppositionell - Deutlich erhöhte Reizbarkeit mit verbalem Erregungsverhalten und Beeinträchtigung des Gruppenmilieus - Deutlich reduzierte Absprachefähigkeit und Regelakzeptanz, wechselnde Gesprächsbereitschaft - Häufige edukative und motivierende Interventionen erforderlich	%	<u>Fehlende Kooperation und/oder Adhärenz:</u> - Ablehnendes oder provozierendes Kontaktverhalten, keine Regelakzeptanz, keine Absprachefähigkeit - Verweigerung jeglicher Behandlungsangebote und erhebliche Beeinträchtigung des Gruppenmilieus - Deeskalation oder umfangreiche Begleitung notwendig - Häufige edukative Interventionen erforderlich	%
Selbstständigkeit in der persönlichen Lebensführung	Keine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	%	<u>Beeinträchtigung der Selbstständigkeit:</u> - Geistige, psychische und/oder motorische Einschränkung - Begleitende Unterstützung ist erforderlich	%	<u>Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit:</u> - Schwere geistige, psychische und/oder motorische Einschränkung - Umfangreiche Unterstützung erforderlich	%	<u>Völliger/weitgehender Selbstständigkeitsverlust:</u> - Völlige geistige, psychische und/oder motorische Einschränkung - Vollständige Übernahme der persönlichen Lebensführung erforderlich

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 tagesvariabler Einstufung

Aufenthaltsstabile Merkmale (Basispunktwert pro Patient, der über die (teil)stationäre Behandlung hindurch stabil bleibt)	Punktwert
Psychiatrische Komorbidität	
Keine psychiatrische/psychosomatische Komorbidität (= eine psychiatrische Diagnose)	1
Eine psychiatrische/psychosomatische Komorbidität (= zwei psychiatrische Diagnosen)	2
Zwei und mehr psychiatrische Komorbiditäten (≥ drei psychiatrische Diagnosen)	3
Körperliche Komorbidität	
Keine (somatisch gesund)	1
Eine somatische Erkrankung	2
Zwei oder mehr somatische Erkrankungen	3
Psychosoziale und umgebungsbedingte Faktoren	
Keine erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren	1
Ein erheblicher psychosozialer Belastungsfaktor (z.B. Arbeitslosigkeit)	2
Mehr als ein erheblicher psychosozialer Belastungsfaktor	3
Persönlichkeitsstörung/Intelligenzminderung	
Keine	1
Moderat ausgeprägte Persönlichkeitsstörung/leichte Intelligenzminderung	2
Ausgeprägte Persönlichkeitsstörung/mäßige oder schwere Intelligenzminderung	3

Tagesvariable Einstufung der Betreuungsintensität	Punktwert
1. Patient ist orientiert, kooperativ und motiviert	1
2. keine aktuelle Krisensituation, 3. keine akute Eigengefährdung 4. keine akute Fremdgefährdung	
Krisensituation ist gegeben	3
Krisensituation + Fremdgefährdung oder Eigengefährdung sind gegeben	5
Krisensituation + Fremdgefährdung + Eigengefährdung sind gegeben	7
Patient ist desorientiert, es besteht keine Kooperationsfähigkeit und sowohl akute Selbstgefährdung als auch akute Fremdgefährdung	9

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:

	1	2	3	4
Psychiatrische Komorbidität inklusive Persönlichkeitsstörungen	Keine Komorbidität	Komorbiditäten ohne Relevanz für die aktuelle Aufnahme	Eine relevante Komorbidität	Zwei und mehr relevante Komorbiditäten
Körperliche/somatische Komorbidität	Keine körperliche Komorbidität	Körperliche Komorbidität ohne Relevanz für die aktuelle Aufnahme	Eine somatische Erkrankung mit Relevanz für die aktuelle Aufnahme	Zwei oder mehr somatische Erkrankungen mit Relevanz für die aktuelle Aufnahme
Psychosoziale und umgebungsbedingte Faktoren	Keine psychosoziale Belastungsfaktoren	Ein erheblicher psychosozialer Belastungsfaktor	Mehr als ein erheblicher psychosozialer Belastungsfaktor	%
Intelligenzminderung	Keine Intelligenzminderung	Leichte Intelligenzminderung	Mäßige Intelligenzminderung	Schwere Intelligenzminderung

Tagesvariable Merkmale:

	1	2	3	4	5	6
Orientierung	Keine Orientierungsstörung	Eine Qualität betreffende zeitweilige Orientierungsstörung	Andauernde eine Qualität betreffende Orientierungsstörung	Andauernde 1-3 Qualitäten betreffende Orientierungsstörung	Eine ständige und alle Qualitäten betreffende Orientierungsstörung	%
Selbstgefährdung im Sinne der Suizidalität	Keine Selbstgefährdung	Lebensmüde Gedanken/ Suizidphantasien	Konkrete Suizidpläne	Aktiver Suizidversuch	%	%
Fremdgefährdung	Keine Fremdgefährdung	Androhung von Gewalt, provokantes Verhalten	Wechsel von verbaler und körperlicher Aggressivität mit Überwiegen der verbalen Aggressivität bzw. des provokanten Verhaltens	Fortwährende körperliche Aggressivität, vitale Bedrohung Dritter	%	%
Antriebsstörungen (motorische Hemmung/Hyperaktivität)	Keine Antriebsstörung	Leichte motorische Hemmung/Steigerung/ Distanzloses Verhalten	Moderate Hemmung/Steigerung	Stupor/extreme Hyperaktivität	%	%
Sturz- und Weglauftendenz	Nicht vorhanden	Stundenweise vorhanden	Tagsüber vorhanden	Durchgehend 24 Stunden vorhanden	%	%
Kooperationsbereitschaft/ Absprachefähigkeit/ Gruppenfähigkeit	Vorhanden	Zeitweise eingeschränkt	Durchgehend eingeschränkt	Dauerhaft nicht gegeben	%	%
Einschränkung der Selbstständigkeit (Körperpflege, Mahlzeiten)	Selbstständigkeit vorhanden	Gelegentliche Unterstützung in einzelnen Bereichen	Wiederholte Unterstützung in mehreren Bereichen	Häufige und umfassende Unterstützung in mehreren Lebensbereichen	Andauernde und umfassende Unterstützung in allen Lebensbereichen	%
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)	%	%	Einzelnes Auftreten von Ausnahmesituationen	2 – 4 Stunden pro Tag auftretende Ausnahmesituationen	5 – 8 Stunden pro Tag auftretende Ausnahmesituationen	>8h Vorhandensein einer Ausnahmesituation

Beispiel 8: Modell 8.1 (vorwiegend geeignet für den Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie; tagesvariable Merkmale)

Merkmale	Punkte				
	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	5 Punkte
Aggressivität / Unruhe // Anspannung / Erregung	Kein eigen- und / oder fremdaggressives Verhalten // Keine Anspannung	Kurzzeitiges eigen- und / oder fremdaggressives Verhalten ohne Einfluss auf die Patientengruppe (z.B. Türeenschlagen, Schreien, geringe verbale Beleidigungen)	Zeigt eigen- und / oder fremdaggressives Verhalten mit <u>leichter</u> Beeinträchtigung des Gruppenmilieus (verbale Bedrohung/mehrfaches Beschimpfen/körperliche Bedrohung gegenüber Mitpatienten und/oder Mitarbeitern)	Zeigt <u>hohes</u> eigen- und / oder fremdaggressives Verhalten mit <u>deutlicher</u> Beeinträchtigung des Gruppenmilieus (oberflächliches Ritzen, Zerstören von Gegenständen, Bespucken von Mitpatienten und Mitarbeitern, massive Bedrohungen von Mitpatienten und/oder Mitarbeitern)	Zeigt <u>extrem hohes</u> eigen- und / oder fremdaggressives Verhalten (massives Ritzen, tätlicher Angriff gegenüber Mitpatienten und/oder Mitarbeitern, sehr enge Führung oder Freiheitseinschränkung ist notwendig)
		Kurzzeitiges eigen- und / oder fremdaggressives Verhalten ohne Einfluss auf die Patientengruppe (z.B. Türeenschlagen, Schreien, geringe verbale Beleidigungen)	Ist unruhig / angespannt (kurzfristige Einzelmaßnahmen/Interventionen notwendig)	Ist lang anhaltend unruhig / angespannt (längerfristige Einzelmaßnahmen/Interventionen notwendig)	Suizidale Gefährdung (konkrete suizidale Gedanken, konkrete suizidale Äußerungen, sehr enge Führung oder Freiheitseinschränkung ist notwendig)
		Wirkt angespannt / unruhig (wird vorsorglich enger beobachtet / keine weiteren Maßnahmen notwendig)	Äußert suizidale Gedanken (kurzfristige Einzelmaßnahmen/Interventionen notwendig)	Distanziert sich nicht von suizidalen Gedanken (längerfristige Einzelmaßnahmen/Interventionen notwendig)	
Aufsichtsbedarf	Kein besonderer Aufsichtsbedarf	Geringer Aufsichtsbedarf (z.B. Jugendliche ab 14 Jahre, Ausgang mit Mitpatienten)	Durchschnittlicher Aufsichtsbedarf (z.B. Kinder bis 14 Jahre, Ausgang alleine im Rahmen der Klinik, z.B. Gartengelände und Therapien)	Hoher Aufsichtsbedarf (z.B. Begleitung zu allen Terminen, Ausgang nur in Begleitung von Mitarbeitern, Kinder bis inkl. Grundschulalter)	Permanenter Aufsichtsbedarf (kein Ausgang, Aufsicht überwiegend in Sichtweite erforderlich)
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 <u>geringe</u> Anleitung	Benötigt <u>punktuell</u> Anleitung (z.B. Überprüfung im Rahmen des Verhaltensplans)	Benötigt <u>mehrfach</u> Anleitung (ist schwer zu integrieren)	Ist nicht in die Gruppe zu integrieren (muss separiert werden, braucht enge Führung, braucht ständige Ansprache)
Somatischer Aufwand / Selbständigkeit / Mobilität / Lebensführung	Ist selbständig bei der Hygiene / keine somatischen Auffälligkeiten / geht alleine zu Untersuchungen	Benötigt Aufforderung bei der Hygiene / <u>geringer</u> Pflegeaufwand (z.B. Verbandwechsel/ Medikamentengabe/einfache Betreuung beim Essen in der Gruppe)	Benötigt <u>punktuell</u> Anleitung bei der Hygiene / <u>Pflegeaufwand</u> vorhanden (z.B. Vitalzeichenkontrolle bei Medikamentengabe 3 x täglich, Begleitung zur Entängstigung bei somatischen Untersuchungen, Essbegleitung bei Anorexie in der Gruppe)	Benötigt <u>mehrfach</u> Anleitung bei der Hygiene / <u>hoher</u> Pflegeaufwand (z.B. somatische Überwachung, Essbegleitung bei Anorexie in Kleinstgruppe, Esstraining für Kinder einzeln)	Benötigt <u>regelmäßig</u> Anleitung bei der Hygiene / <u>sehr hoher</u> 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)

Merkmale		Punkte 1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	5 Punkte	6 Punkte
Aggressivität (selbst- und fremdbezogen)	Eine Punkteverteilung zur Beschreibung des unterschiedlichen Betreuungsaufwands sollte die unterschiedlichen Stufen von Aggressivität von verbaler Aggressivität über die Androhung körperlicher Gewalt bis hin zur Gefahr der Ausübung körperlicher Gewalt berücksichtigen. Hierunter ist auch die Eigengefährdung durch Suizidalität zu fassen.	Kein Selbstverletzungsdruck/ keine verbale Aggressivität	Zeitweise leichter Selbstverletzungsdruck oder zeitweise leichte verbale Aggressivität	Zeitweise deutlicher Selbstverletzungsdruck oder häufige verbale Aggressivität andauernde Gereiztheit in zwischenmenschlichen Situationen	Ständiger Selbstverletzungsdruck, durch Bezugstherapeutenkontakte regulierbar oder Suizidgedanken ohne unmittelbaren Handlungsdruck oder gelegentlicher Druck, andere anzugreifen oder zu verletzen	Selbstverletzungsdruck mit gelegentlichen Selbstverletzungshandlungen oder Suizidgedanken mit Ängsten vor Kontrollverlust, aber verlässlichen Absprachen oder häufiger Druck, andere anzugreifen oder zu verletzen	Ständige schwerwiegende Selbstverletzungshandlungen oder akute Suizidalität mit ständigen Bezugstherapeutenkontakten oder Ausübung körperlicher Gewalt gegen andere
Selbstständigkeit in der persönlichen Lebensführung	Der Patient ist nicht in der Lage, eine basale Tagesstruktur zu entwickeln und/oder für länger als 6 Stunden aufrecht zu erhalten. Ohne ständige Anleitung ist er nicht in der Lage: 1. tagsüber wach zu bleiben bzw. nachts zu schlafen 2. sich regelmäßig, ausreichend nach Art und Menge und reguliert zu ernähren 3. ausreichend Körperpflege zu betreiben 4. selbst einfache Anforderungen zu erfüllen (einen Termin wahrnehmen, eine Rechnung bezahlen, einen Brief beantworten etc.) 5. freie Zeit zu gestalten 6. die persönliche Lebenssituation eigenständig zu bewältigen (z.B. finanzielle Krisen, drohender Verlust der Wohnung oder des Arbeitsplatzes, juristische Komplikationen etc.)	Vorhandensein einer Tagesstruktur	Zeitweises Fehlen einer basalen Tagesstruktur + 1 Anleitungskriterium	Zeitweise Fehlen einer basalen Tagesstruktur + 2 Anleitungskriterien	Zeitweise Fehlen einer basalen Tagesstruktur + 3 Anleitungskriterien	Zeitweise Fehlen einer basalen Tagesstruktur + 4 Anleitungskriterien	Ständiges Fehlen einer basalen Tagesstruktur + 5 u.m. Anleitungskriterien
Somatische Pflegebedürftigkeit	Der Patient bedarf aufgrund einer körperlichen Erkrankung mit psychischer Komorbidität oder einer sich auch in körperlichen Beeinträchtigungen äußern psychischen oder psychosomatischen Erkrankung zusätzlicher, ständiger ärztlicher oder/und pflegerischer Überwachung, Anleitung und/oder Versorgung, um eine vitale Bedrohung oder eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern. Die Fähigkeiten oder Möglichkeit, selbst Verantwortung für die Erkrankung zu übernehmen und in der Behandlung zuverlässig mitzuarbeiten, sind erheblich herabgesetzt bzw. weitestgehend aufgehoben.	Keine somatische Pflegebedürftigkeit	Ärztliche oder/und pflegerische Überwachung, Anleitung und/oder Versorgung mindestens 1x pro 6 Stunden	Ärztliche oder/und pflegerische Überwachung, Anleitung und/oder Versorgung mindestens 1x pro 4 Stunden	Ärztliche oder/und pflegerische Überwachung, Anleitung und/oder Versorgung mindestens 1x pro 3 Stunden	Ärztliche oder/und pflegerische Überwachung, Anleitung und/oder Versorgung mindestens 1x pro 2 Stunden	Ärztliche oder/und pflegerische Überwachung, Anleitung und/oder Versorgung mindestens 1x pro Stunde
Antriebsstörung (gesteigert und gemindert)	Der Patient bedarf aufgrund einer schweren (z.B. depressiven, ängstlichen, zwangsbedingten) Hemmung des Antriebs, häufig verbunden mit Entschlossenlosigkeit, und Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit, einer ständigen (mehrfach stündlich) ärztlichen, psychologischen, spezialtherapeutischen oder pflegerischen Anleitung und Unterstützung in bestimmten Bereichen des Alltagsvollzuges, z.B., um das Bett zu verlassen, die Toilette aufzusuchen, Körperpflege zu betreiben, sich Anzulegen, seine Mahlzeiten und ggf. Medikamente einzunehmen, erforderliche medizinische und/oder psychosoziale Therapiemaßnahmen wahrzunehmen, um grundsätzlich am Stationsleben teilnehmen zu können. Bei gesteigertem Antriebs (z.B. Hyperaktivität bei Anorexia nervosa) bedarf es ständiger (mehrfach stündlich) begrenzender und spannungsentlastender ärztlicher, psychologischer, spezialtherapeutischer oder pflegerischer Interventionen, um einer vitalen Gefährdung entgegenzuwirken. Eine vitale Gefährdung besteht aufgrund der mit der Antriebsstörung verbundenen (relativ) unzureichenden Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, daraus resultierender Gewichtsabnahme und/oder unzureichender Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Behandlungsmaßnahmen.	Keine Antriebsstörung	Antriebsstörung, die einzelne Bereiche des Alltagsvollzuges betrifft.	Antriebsstörung, die mehrere wichtige Bereiche des Alltagsvollzuges betrifft.	Mittelgradige Antriebsstörung: alle Bereiche des Alltagsvollzuges sind betroffen. Durch Strukturierung durch das therapeutische Personal gelingt es dem Patienten jedoch, wichtige Funktionen selbstständig auszuführen.	Hochgradige Antriebsstörung: alle Bereiche des Alltagsvollzuges sind betroffen. Patient ist auch mit therapeutischer Hilfe nicht in der Lage, wichtige Funktionen selbstständig auszuführen.	Hochgradige Antriebsstörung, die ohne Intervention zu einer vitalen Gefährdung des Patienten führen würde.
Dissoziation	Dissoziativer Patient mit mehrfach täglichen auftretenden dissoziativen Symptomen wie 1. Störungen der Willkürmotorik 2. Störungen der Sensorik 3. Störungen des Erinnerungsvermögens 4. körperliche Symptome des autonomen Nervensystems (z.B. häufige Erstickengefühle mit Hyperventilation mit folgender respiratorischer Alkalose, Tetanie und Bewusstseinsverlust) 5. mit zusätzliche psychische Gefährdungen (z.B. anhaltender Stressreaktion, Angst) einhergehend Die dissoziativen Symptome machen ein unmittelbares Eingreifen des Stationspersonals zur Beendigung der Dissoziation bzw. der Komplikationen durch die Symptomatik erforderlich. Häufige dissoziative Symptome bei komplex traumatisierten Patienten erfordern ständige (mehrfach tägliche) ärztliche, psychologische, spezialtherapeutische oder pflegerische Interventionen zur Identifikation und Bewältigung auslösender Situationen und kontinuierliches Einüben stabilisierender Techniken im Vorfeld von Dissoziationen.	Keine dissoziativen Symptome	Zeitweise dissoziative Symptome, mindestens 1 x täglich	Zeitweise dissoziative Symptome, mindestens 2-3 x täglich	Mehrfach (> 3x tägl.) dissoziative Symptome	Mehrfach (> 5x tägl.) dissoziative Symptome, ggf. auch aus unterschiedlichen Funktionsbereichen	Ständige (> 8 x tägl.) Dissoziationen mit Symptomen aus unterschiedlichen Funktionsbereichen
Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit	Der Patient ist nicht in der Lage, sich in die Patientengemeinschaft zu integrieren. Er kann z.B. nur schwer an Gruppen teilnehmen und benötigt ein hohes Maß an ärztlichen, psychologischen, spezialtherapeutischen oder pflegerischen Interventionen (mehrfach täglich), um sich affektiv oder/und vom Selbstwert her steuern zu können (Ich-Funktionen). Kriterien herabgesetzter Selbstregulierung oder Regulierung des Objektbezuges: 1. Störung der Impulssteuerung 2. Störung der Affektoleranz 3. Störung der Selbstwertregulierung 4. Störung der Verantwortungsübernahme für sich selbst 5. Störung der Arbeitsbündnisfähigkeit 6. Störung der Gruppenfähigkeit	Vorhandensein der Steuerungsfähigkeit	Zeitweises Fehlen der Steuerungsfähigkeit mit 1 Regulierungskriterium	Zeitweises Fehlen der Steuerungsfähigkeit mit 2 Regulierungskriterien	Häufiges Fehlen der Steuerungsfähigkeit mit 3 Regulierungskriterien	Weitgehendes Fehlen der Steuerungsfähigkeit mit 4 Regulierungskriterien	Vollständiges Fehlen der Steuerungsfähigkeit mit 5 Regulierungskriterien

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abgr.-KST	Abgrenzungskostenstelle
AbgrVO	Abgrenzungsverordnung
Abs.	Absatz
abzogr.	abzugrenzende
ÄD	ärztlicher Dienst
Afa	Absetzung für Abnutzung
allg.	allgemein
Alt.	Alternative
amb.	ambulant
Anl.	Anlage
Ant.	Anteil
Arbeitsstd.	Arbeitsstunden
ärztl.	Ärztlich
Aufwend.	Aufwendungen
außerordentl.	außerordentlich
Beschäftigungsth.	Beschäftigungstherapie
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
diagn.	diagnostisch
dir.	direkt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKG-NT	Deutsche Krankenhausgesellschaft – Nebenkostentarif
DRG	Diagnosis Related Groups
DV-Geräte	Datenverarbeitungs-Geräte
EBM	Einheitlicher Bewertungs-Maßstab
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EEG	Elektro-Enzephalographie
EKG	Elektro-Kardiographie
EMG	Elektro-Myographie
endoskop.	endoskopische
entspr.	entsprechend
ERCP	endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie
Erz.	Erzieher
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
FD	Funktionsdienst
ff.	fortfolgende
FFP	Fresh Frozen Plasma
Funktionsdiag.	Funktionsdiagnostik
G-CSF	Granulocyte Colony Stimulating Factor
GE	Geldeinheiten
gem.	gemäß
gesetzl.	gesetzlich
gew.	gewichtet
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

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	Institutionskennzeichen
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	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KoAGrp	Kostenartengruppe
KoArtGrp	Kostenartengruppe
KoStGrp	Kostenstellengruppe
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
KS	Kalkulationsatz 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

med.-techn.	medizinisch-technisch
medizin.	medizinisch
mg	Milligramm
mind.	mindestens
MRT	Magnet-Resonanz-Tomographie
MTD	Medizinisch-technischer Dienst
neurol.	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
Abgrenzung	
-kostenstelle	26f., 44ff., 52, 58f., 74, 80f., 94ff., 101, 108f., 173f., 176
-verordnung (AbgrVO)	48
Abschreibungen	49f. , 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
Apothekendeckung	53, 55, 67f., 106, 179, 183, 186f., 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
Aufwandsarten	
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
-stätte	9, 32, 50, 57, 73ff. , 81, 92, 174, 196
Ausgleichskonto	9, 25f., 44f., 47, 52, 80f., 173f.
Ausländische Patienten	17, 60
Ausnahmesituation	202, 204
Außenanlagen	180, 193

B

Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit	210
Begleitperson	14, 17, 142, 144
Behandlungs	
-fall	16 , 21ff., 113ff., 127, 130, 169
-tag	14, 16, 21ff., 42, 103, 107, 112, 126f., 130f.
Beihilfen	64, 66, 69, 182, 186, 188
Beköstigungstage	68, 101
Beschäftigungstherapie	56, 122, 191
Besondere Einrichtung	16
Betreuungsintensität	134, 137ff. , 143, 202ff.
Betriebsmittelkredite	49, 189
Bettenzentrale	179
Bewegungstherapie	147
Bewusstseinsstörung	203
Beziehungsstörung	204
Bezugsgröße	23, 33f., 41, 59, 87f., 90ff., 103, 111ff. , 129, 167
gewichtete -	24, 111ff.
ungewichtete -	111, 114f.
Bezugszeitraum	2, 5, 19
Blutprodukte	105, 110f., 144, 155, 161, 165, 169, 183, 186, 199
Bonus	48
Bruttowerte	33, 105, 108

C

Computertomographie (CT)	156, 192, 194
--------------------------------	---------------

D

Datenjahr	2, 5, 19 , 42ff., 57, 59, 61, 77, 150f., 159f., 163f., 168
Deep Brain Stimulation	192
Denkstörungen	203
Desinfektion	179
Deutsche Krankenhausgesellschaft – Nebenkostentarif (DKG-NT)	60, 114, 126, 158, 163
Dialyse	30, 110, 117, 144, 183, 200
Dissoziation	210
Durchschnittspreis	33, 105, 108f., 129, 190
gleitender -	33, 105, 108f.

E

EDV	6f., 25, 74, 93, 114, 176, 180, 184, 189, 193
Einheitlicher Bewertungs-Maßstab (EBM)	60, 114, 126
Einrichtungen	
angeschlossene -	65, 67
verbundene-	74
Einzelkosten	12f., 32f. , 39, 103ff. , 107ff., 129, 131, 134f., 148f., 157, 161f., 165ff., 199f.
-zuordnung	32f., 104ff., 108ff., 171, 186f., 199f.
Einzelleistung	5, 23, 41, 57f., 62, 105, 108, 119f., 126ff. , 130, 136f., 140, 152
Elektroenzephalographie (EEG)	156, 183, 187, 192, 194, 201
Elektro-Kardiographie (EKG)	156, 183, 187, 192, 194
Elektrokrampftherapie (EKT)	147, 192, 195
Elektro-Myographie (EMG)	156, 192, 194
Elektrophysiologie	192, 194

Eltern-Kind-Interaktionsförderung	147
Endoskopie	116, 118, 156, 160f., 166, 192, 200f.
Energie	67f., 74, 180, 183, 188, 194
Ergänzende Leistungsbereiche	65f.
Ergotherapie	69, 72, 89, 116, 122, 145, 147, 152f. , 166, 191, 195
Erlösabzugsverfahren	60f., 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
-personal	38f.
Funktionen	
-diagnostik	30, 96, 104, 192, 194
-dienst	53, 83ff, 136, 149, 158, 163, 166, 181f., 186, 201
G	
Gebäude	50f., 72f., 75, 93, 180, 193
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	60, 114, 126, 158, 163
Gedächtnisstörungen	203
Gefährdung	
Eigen -	202f., 205, 207, 210
Fremd-	202f., 205, 207, 210
Gemeinkosten	5f., 12f., 23f., 33f. , 42, 103, 111ff. , 115, 131f., 135f., 149, 157f., 162f.
Gesprächstherapie	121f., 191, 195
Gewinn- und Verlustrechnung	8f., 25f., 80, 173
Grundstücke	51, 72, 180, 193
Gruppenfähigkeit	202, 204, 209
Gruppenleistung	128
H	
Hauskatalog	59, 60f., 113, 158, 163
Honorartätigkeit	
Einzelverträge über -	39
I	
ICD-Kode	22f. , 79, 107, 173
Implantate	84, 181
Informationsaustausch	204
Infrastruktur	34, 53ff., 84f., 98ff., 114f., 153f., 166, 174f., 179ff., 186ff., 197f.
medizinische -	53ff., 98f., 179, 181ff., 187, 197
nicht medizinische -	53ff., 180ff., 187f., 198
Innerbetriebliche Leistungsverrechnung (IBLV)	29f., 90ff. , 94f., 97ff., 118, 175f., 197f.
Anbauverfahren	90f., 100, 175
Gleichungsverfahren	90f.
Stufenleiterverfahren	90f.
Instandhaltung	48, 58, 184, 187, 189

Integrierte Versorgung	61
Intelligenzminderung	207f.
Intensivbehandlung	114, 116f., 134, 140, 143f. , 166, 179, 191, 195
Intensivstation	117
Investitionskosten.....	48, 50
Istkostenbasis	5
Ist-Verbrauch	32, 104f., 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, 131f., 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	38, 62, 110
- an Dritte.....	38
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	
-gruppe(n).....	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
-gruppe(n).....	29f., 116ff. , 129ff., 143ff., 147ff., 155f., 191f.
-plan	5, 7, 28, 40, 54, 59
Mindest-	7, 28, 30, 32, 54, 193ff.

Muster-	7, 28, 39, 54
-rechnung	5, 7, 12, 21, 26ff., 33, 43ff., 52, 69, 80f., 118, 173, 174
Kostenträgerrechnung	103ff., 116f., 129ff. , 134, 148f., 157f., 161ff., 167, 176, 190
Krankenhaus	
-direktion	180
-hygiene	179
Krankentransporte	179f., 183, 187
Krankheitseinsicht	202
Kreißsaal	117
Krisensituation	207
Küche	53, 68, 71, 180
Kurzkontakte	24, 126
KVM-Infoblatt	169
L	
Labor	52, 116, 118, 161f, 163f., 192, 194
Leerzeiten	152
Lehrdeputat	64
Lehrgangsgebühren	76
Leistungen	
ambulante -	56, 59ff.
kalkulationsrelevante -	14ff., 42f. , 52f., 57ff., 71, 96, 112, 115, 132
Leistungs	
-dokumentation	22, 24, 64, 99, 114, 120f. , 126, 155
-punkte	10, 59, 61, 113f. , 150, 158ff., 164
-statistik	36, 42f., 58ff., 66, 68ff., 80f., 92f., 101, 113, 174
-volumen	29, 41, 57, 120ff. , 127, 137, 142, 150f., 159f., 163f.
-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, 86f., 105f., 109 , 161, 199, 200
Medizinische	
-Bibliothek	179
-Dokumentation	22
-Institutionen	30, 55, 194
Medizinischer Schreibdienst	42, 95f., 99, 193, 179
Medizinisches Controlling	29, 179f., 193
Medizinisch-technischer Dienst	41, 99, 181f., 186, 201
Medizintechnik	179, 184, 187, 189
Merkmale	
aufenthaltsstabile -	138 , 207
tagesvariable -	137f. , 202ff.
Miet(e)	
-aufwendungen	50 , 75
Mitarbeiterbezogene Zeiterfassung	36, 40, 67, 80, 173
Mobilität	209
Mutismus	205

N

Nebenbetriebe	29, 55, 72 , 196
Normalpflege	31, 56, 195
Notfallambulanz	192

O

OPS-Kode	21ff. , 110f., 126, 130, 155, 164f., 170, 173
Orientierungsstörung	202, 204ff.
Desorientiertheit	202, 204

P

Patientenbetreuung	194
Personal	
-gestellung	69f.
-kostenverrechnung	20f., 30, 34f. , 38ff., 87f., 92, 94, 118, 173
-verwaltung	74, 184, 193
Persönlichkeitsstörung	207f.
Pflege-/Erziehungsdienst	35, 83, 86f., 149, 158, 160, 164, 166, 181f., 186, 201
Pflegedienstleitung	179, 193
Pflegetag	41, 101, 114f., 129, 136f. , 141f., 144
gewichteter -	10, 136
Physikalische Therapie	113, 116, 145, 147 , 155f., 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	
-edukation	145f., 191
-somatik	22, 31, 36f., 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	121f., 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
Realitätsverkenning	205
Rechenzentrum	184, 189
Regelakzeptanz	209
Regelbehandlung	22, 107, 114, 116ff., 134, 140f., 143f. , 166, 191, 195
Rehabilitationseinrichtungen	60
Reinigung	67, 74, 92, 99, 180, 194
Reisekosten	76, 184, 189

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
Moto -	147, 191
Musik -.....	147, 191
Sport -	147, 151, 191, 194
Transfusionseinheit	110, 165, 200
Transplantate.....	84, 181
Transportdienst	67f.
Transporte	
innerbetriebliche -	180, 194
U	
Überlieger	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

Verhaltensweisen	138f.
Vermietung	72
Verpachtung	72
Verrechnungsschlüssel.....	6f., 20f., 29, 34 , 38, 89f., 92ff., 100, 173, 175, 197f.
Versicherungen	48, 69, 184, 189
Versorgung mit Energie, Wasser, Brennstoffen.....	67, 194
Versorgungseinrichtungen	29, 55, 194
Verwaltung.....	21, 74, 180, 193
Vollkostenansatz	2, 5
Vollzeitkraft	29, 37f., 41, 64ff., 69, 77f., 92, 94, 102
Vor- und nachstationären Behandlungsphase	14
W	
Wahlleistungen	14
Wartungs- und Reparaturleistungen.....	74
Wäscherei.....	68, 91, 95, 184, 189
Wäscheversorgung	67, 180, 194
Wasser.....	67f., 74, 180, 183, 188, 194
Weiterbildung	76, 185, 189
Werkstatt	67f., 74, 92, 101, 147, 152, 180, 191, 193
Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter	48, 184, 189
Wirkstoffmenge	109f.
Wirtschaftsbedarf.....	183, 188
Z	
zentrale Dienstleistungen	48, 184, 189
Zentrallabor.....	161, 192
Zentralsterilisation	91, 201
Zinsen.....	49, 184, 189