

### Ausfüllhinweise

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

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

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

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

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

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

Ihre InEK GmbH

### Rücksendung

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

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

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

### Erläuterungen zu einzelnen Abfragepunkten

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

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

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

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

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

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

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

### Stammdaten

IK-Nr.:

Name des KH:

Ort des KH:

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

### Informationen zur Kalkulationsgrundlage:

Initiallieferung:

Korrekturlieferung:

bitte markieren (X)

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

### Begründung für Korrekturlieferung (stichwortartig):

**Erklärung zur Kalkulationsgrundlage**

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

bitte eintragen

Summe DRG-relevante Kosten (EUR)

**Kalkulierte Fälle (Anzahl)**

Fälle vollstationär	<input type="text"/>
Fälle teilstationär	<input type="text"/>
Berechnungstage teilstationär	<input type="text"/>
Begleitpersonen	<input type="text"/>
rein vorstationär	<input type="text"/>

**Besondere Einrichtungen (BE)**

Besteht für das Krankenhaus (bzw. eine Fachabteilung) eine Vereinbarung einer/mehrer Besonderen Einrichtung(en) nach den Regelungen der VBE 2011?  
 Bitte markieren Sie (X)

Ja  Nein

Art der BE	Fallzahl	Kostenvolumen

Bitte markieren Sie "Nein", wenn für das Krankenhaus keine Besondere Einrichtung vereinbart wurde. Wurde mindestens eine Besondere Einrichtung (BE) vereinbart so markieren Sie bitte "Ja" und geben Sie bitte je BE an, welche Art der BE vereinbart wurde, die Anzahl der behandelten Fälle sowie das Kostenvolumen der behandelten Fälle in der BE. Bei Bedarf kann die Tabelle durch das Anfügen zusätzlicher Zeilen verlängert werden.

Bitte beachten Sie, dass nach § 21 KHEntgG die Daten von Fällen der Besonderen Einrichtungen zu übermitteln sind.

**Berücksichtigte Abgrenzungstatbestände**

- Leistungen der Psychiatrie gem. § 17d Abs. 1 KHG
- Kosten der Faktorpräparate für Bluterpatienten
- Rückstellungen (ohne Rückstellungen für Urlaub und Mehrarbeit)
- Periodenfremde u. außerordentliche Aufwendungen
- Investitionskosten
- Leistungen an Dritte
- Speisenversorgung
- Forschung und Lehre
- Ausbildung in akademischen Lehrkrankenhäusern
- Vermietung und Verpachtung
- Besetzung eines Notarzwagens
- Personalgestellung an Dritte
- Ergänzende Leistungsbereiche
- Leistungen der Nebenbetriebe
- Ambulante Leistungen
- Rehabilitationseinrichtungen gem. § 111 SGB V
- Aufwendungen für Ausbildungsstätten u. Ausbildungsmehrvorgängen
- Postmortale Organspenden
- Sonstige (Integrierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme, etc.)

bitte markieren (X)	Kostenvolumen (EUR)			Erläuterung im Handbuch
	Personal-kosten	Sach-kosten	Infrastruktur-kosten	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.3.3)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 6.2.1.2)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.1.3)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.1.2)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.1.4)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.3.8)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.3.10)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.3.4)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.3.7)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.3.12)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.3.5)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.3.9)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.3.6)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.3.11)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.3.1)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.3.1)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 4.4.4)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Kap. 7.1.1)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Tab. 2, Kap. 3.1)

Das DRG-relevante Kostenvolumen ergibt sich nach Berücksichtigung auszugliedernder nicht DRG-relevanter Tatbestände. Bitte markieren Sie in der Aufzählung die Tatbestände, für die Sie eine Kostenabgrenzung durchgeführt haben und geben Sie das abgegrenzte Kostenvolumen an.

bitte nennen

Zentren und Schwerpunkte gem. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(siehe Tab. 2, Kap. 3.1)

Bitte nennen Sie ausschließlich Zentren und Schwerpunkte gem. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG, für die eine gesondert vereinbarte Vergütung besteht und geben Sie das abgegrenzte Kostenvolumen an.

**Abschluss schreiben Kalkulation 2011**  
 (bei Erstteilnahme nicht ausfüllen)

Konnten Punkte aus dem Abschluss schreiben der letzten Kalkulationsrunde nicht umgesetzt werden?  
 Bitte markieren Sie (X):

Ja  Nein

Wenn ja, bitte erläutern Sie kurz:

**Ergänzende Angaben zu Kalkulationsbereichen**

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

**Kostenstellengruppe 4 (OP-Bereich)**

Das Krankenhaus hat **keinen OP**:

Das Krankenhaus hat einen/mehrere Zentral-OPs:

Wie viele Zentral-OPs hat das Krankenhaus?

Bitte markieren (X), wenn Sie keinen OP haben.  
**Die Rücksendung der Datei „Zusätzliche Leistungsdaten (OP\_AN)“ ist nicht notwendig, wenn im Krankenhaus kein OP vorhanden ist.**

Bitte markieren (X), wenn das Krankenhaus einen bzw. bei mehreren Standorten mehrere Zentral-OPs hat. Bitte geben Sie weiter die Anzahl der Zentral-OPs an.

Leistungsdokumentation

bitte markieren (X)

	ÄD	FD/MTD	
Personalbindungszeit			
Schnitt-Naht-Zeit			
mit fallindividuellem Gleichzeitigkeitsfaktor			
mit standardisiertem Gleichzeitigkeitsfaktor je OP-Art			
Alternative (bitte beschreiben)			Beschreibung: <input type="text"/>
Rüstzeit			
als fallindividuell erfasster Wert je Mitarbeiter(in)			
als abgestufter Standardwert je OP-Art			
als Einheitswert			
Alternative (bitte beschreiben)			Beschreibung: <input type="text"/>

Bitte markieren Sie die in Ihrem Krankenhaus für die Kalkulation verwendete Leistungsdokumentation. Beschreiben Sie ggf. verwendete Alternativen bitte stichwortartig. **Bitte beachten Sie, dass die Erfassung der Rüstzeit als Einheitswert keine leistungsgerechte Verteilung der Kosten gewährleistet.**

**Summe** der für die Kalkulation der DRG-relevanten Fälle **verwendeten Leistungsminuten**  
 (Leistungsminuten = Schnitt-Naht-Zeit \* GZF + Rüstzeit)  
 ausschließliche Berücksichtigung relevanter  
 Leistungszeiten (siehe Erläuterung)

	ÄD	FD/MTD	
			bitte eintragen

Geben Sie bitte die Summe der für die Kalkulation verwendeten Leistungsminuten (inkl. GZF und Rüstzeit) an. Bitte stellen Sie sicher, dass ausschließlich relevante Leistungszeiten übermittelt werden (ohne Belegärzte). Bei der Erbringung der Leistung durch externes Personal sind die Vorgaben des Handbuchs zur Kalkulation von Fallkosten, Version 3.0 (S. 39 f) bezüglich der Erfassung, des Einbezugs und der Kostenzuordnung zu beachten.

**Kostenstellengruppe 5 (Anästhesie)**

Leistungsdokumentation

bitte markieren (X)

	ÄD	FD/MTD	
Personalbindungszeit			
reine Anästhesiezeit			
mit fallindividuellem Gleichzeitigkeitsfaktor			
mit standardisiertem Gleichzeitigkeitsfaktor je OP-Art			
Alternative (bitte beschreiben)			Beschreibung: <input type="text"/>
Rüstzeit			
als fallindividuell erfasster Wert je Mitarbeiter(in)			
als abgestufter Standardwert je OP-Art			
als Einheitswert			
Alternative (bitte beschreiben)			Beschreibung: <input type="text"/>

Bitte markieren Sie die in Ihrem Krankenhaus für die Kalkulation verwendete Leistungsdokumentation. Beschreiben Sie ggf. verwendete Alternativen bitte stichwortartig. **Bitte beachten Sie, dass die Erfassung der Rüstzeit als Einheitswert keine leistungsgerechte Verteilung der Kosten gewährleistet.**

**Summe** der für die Kalkulation der DRG-relevanten Fälle **verwendeten Leistungsminuten**  
 (Leistungsminuten = Anästhesiezeit \* GZF + Rüstzeit)  
 ohne Berücksichtigung belegärztlicher Leistungszeiten

	ÄD	FD/MTD	
			bitte eintragen

Geben Sie bitte die Summe der für die Kalkulation verwendeten Leistungsminuten (inkl. GZF und Rüstzeit; ohne Beleganästhesisten) an.

**Kostenstellengruppe 6 (Kreißaal)**

Das Krankenhaus hat **keinen Kreißaal**:

Bitte markieren (X), wenn Sie keinen Kreißaal haben.

Leistungsdokumentation

**Summe** (bitte eintragen)

Summe der "Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißaal" in <b>Stunden</b> (ausschließlich für vollstationäre Patientinnen)			
davon für vorgeburtliche Kreißaalaufenthalte			
Anzahl der vollstationären Geburten			

Bei **vorgeburtlichen Fällen** fielen im Datenjahr 2011 **keine** "Aufenthaltszeiten der Patientin im Kreißaal" an

Bitte erläutern Sie (kurz) die Organisationsstrukturen in diesem Bereich

Bitte geben Sie die Summe der "Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißaal" in Stunden an, sowie die Zeiten, die dabei auf vorgeburtliche Kreißaalaufenthalte entfallen. Bitte geben Sie weiter die Anzahl der DRG-relevanten Geburten an.

Bitte markieren (X), wenn bei vorgeburtlichen Fällen generell keine "Aufenthaltszeiten der Patientin im Kreißaal" anfallen. Wenn Sie dieses Feld markieren, erläutern Sie bitte stichwortartig Ihre Organisationsstruktur in diesem Bereich.

**Ergänzende Angaben zu Kalkulationsbereichen**

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

Das Krankenhaus erbringt **keine** Leistungen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe:

Bitte markieren (X), wenn Sie keine Leistungen im Bereich der Gynäkologie und der Geburtshilfe erbringen.

**Kostenstellen im Bereich Geburtshilfe/ Gynäkologie**

Kostenstelle (aussagekräftiger Name)	Anzahl der VK nach Personalkostenverrechnung					
	Ärztlicher Dienst	Belegarzt (bitte markieren [X])	Pflegedienst	Funktions- dienst (ausgenommen Hebammen)	Hebammen	Beleg- Hebammen (bitte markieren [X])
Normalstation Gynäkologie						
Normalstation Geburtshilfe						
Kreißelsaal						
Kreißelsaal-OP						
OP Gynäkologie						
Neugeborenenzimmer						
Ambulanz (Gynäkologie/Geburtshilfe)						

Bitte geben Sie an, welche Kostenstellen Sie für den Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie eingerichtet haben. Bitte bezeichnen Sie, falls Sie über die genannten Kostenstellen hinaus Kostenstellen eingerichtet haben, diese mit einem aussagekräftigen Namen. Bitte geben Sie weiter die Anzahl der Vollkräfte nach Personalkostenverrechnung in den jeweiligen Kostenstellen an. Bitte markieren Sie in den Spalten Belegarzt und Beleghebamme die Kostenstellen auf denen Leistungen durch Beleg-Personal erbracht werden.  
**Bei Bedarf kann die Tabelle durch das Anfügen zusätzlicher Zeilen verlängert werden.**

Bitte geben Sie das Kostenvolumen (EUR) der gynäkologischen und geburtshilflichen Ambulanz(en) an:  
 (nach Personalkostenverrechnung und nach IBLV)

DRG-relevant	nicht DRG-relevant
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte geben Sie an, wie hoch das DRG-relevante **und** wie hoch das nicht DRG-relevante (abgegrenzte) Kostenvolumen Ihrer gynäkologischen und geburtshilflichen Ambulanz(en) war. Bitte berücksichtigen Sie das auf diesen Kostenstellen gebuchte Kostenvolumen **nach** Personalkostenverrechnung und **nach** IBLV.

**Kostenstellengruppe 8 (Endoskopie)**

Das Krankenhaus erbringt **keine** endoskopischen Leistungen:

Das Krankenhaus hat (mindestens) einen endoskopischen Eingriffsraum?  
 Wie viele DRG-relevante Fälle werden dort behandelt?

bitte markieren  
 Anzahl Fälle

Bitte markieren (X), wenn Sie keine endoskopischen Leistungen erbringen.

Bitte markieren Sie, wenn es in Ihrem Krankenhaus einen endoskopischen Eingriffsraum gibt und geben Sie die Anzahl der DRG-relevanten Fälle an, die in diesem Raum bzw. diesen Räumen behandelt wurden.

**Kostenstellengruppe 9 (Radiologie)**

Lassen Sie Leistungen, die der Kostenstellengruppe 9 (Radiologie) zuzuordnen sind, extern erbringen?

nein   
 ja, vollständig   
 ja, teilweise

Bei teilweiser externer Leistungserbringung:

Leistungsbereich(e)   
 Kostenvolumen in Euro

Für den Fall, dass Sie radiologische Leistungen teilweise extern erbringen lassen, geben Sie bitte die Teilbereiche (z.B. Strahlentherapie, CT, MRT) und das ungefähre Kostenvolumen (insgesamt) in Euro an.

Eigenständige (direkte) Kostenstellen im Bereich der Kostenstellengruppe 9 (Radiologie)

Bitte berücksichtigen Sie die Kostenstellen der Radiologie nach den Vorgaben des Handbuchs zur Kalkulation von Falkosten Version 3.0 (Anlage 6).

Kostenstelle (aussagekräftiger Name)	Leistungsdokumentation					Beschreibung
	Hauskatalog*	DKG-NT	EBM	GOÄ	sonstige*	

Bitte geben Sie an, welche (direkten) Kostenstellen Sie in der Kostenstellengruppe 9 (Radiologie) angelegt haben und nach welchem Schlüssel Sie im Rahmen der Kostenträgerrechnung Kosten auf die Patienten verteilen.

\* bei Hauskatalog und sonstige ist zwingend eine kurze Beschreibung (des Vorgehens) anzugeben.

**Ergänzende Angaben zu Kalkulationsbereichen**

Krankenhaus-IK: 0  
 Name des KH: 0  
 Ort des KH: 0  
**Kostenstellengruppe 10 (Labor)**

Lassen Sie Leistungen, die der Kostenstellengruppe 10 (Labor) zuzuordnen sind, extern erbringen?	nein ja, vollständig ja, teilweise	bitte markieren (X) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bei teilweiser externer Leistungserbringung:	Leistungsbereich(e)	<input type="text"/>
	Kostenvolumen in Euro	<input type="text"/>

Für den Fall, dass Sie Laborleistungen teilweise extern erbringen lassen, geben Sie bitte die Teilbereiche und das ungefähre Kostenvolumen (insgesamt) in Euro an.

Eigenständige (direkte) Kostenstellen im Bereich der Kostenstellengruppe 10 (Labor)

Bitte berücksichtigen Sie die Kostenstellen der Laboratorien nach den Vorgaben des Handbuchs zur Kalkulation von Fallkosten Version 3.0 (Anlage 6).

Kostenstelle (aussagekräftiger Name)	Leistungsdokumentation					Beschreibung
	Hauskatalog*	DKG-NT	EBM	GOÄ	sonstige*	

Bitte geben Sie an, welche (direkten) Kostenstellen Sie in der Kostenstellengruppe 10 (Labor) angelegt haben und nach welchem Schlüssel Sie im Rahmen der Kostenträgerrechnung Kosten auf die Patienten verteilen.

\* bei Hauskatalog und sonstige ist zwingend eine kurze Beschreibung (des Vorgehens) anzugeben.

**Externe Leistungserbringung / Fremdvergabe**

Bitte geben Sie im Folgenden an, ob Sie für die angegebenen Kostenstellen Leistungen durch Dritte erbringen lassen. Wenn Sie nur wenige, einzelne Leistungen mit geringem Kostenvolumen durch Dritte erbringen lassen, sind keine Angaben erforderlich.

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

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

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









**Ergänzende Angaben zur PPR**

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

**Kostenstellengruppe 1 (Normalstation)**

Leistungsdokumentation für die Kostenartengruppen 2, 4a und 6a

Minutenwerte gem. PPR  
 liegen in allen Fachabteilungen und Stationen vor: 

Ja	Nein
X	

 bitte markieren (X)

liegen in den folgenden Fachabteilungen nicht oder nur teilweise vor, als Alternativverfahren wird angewendet: bitte eintragen

Fachabteilung (Name/Schlüssel nach § 301 SGB V)	Alternativverfahren

Dokumentation des Minutenwertes gem. § 6 Abs. 4 PPR für gesunde Neugeborene  
 Dokumentation gem. § 6 Abs. 5 teilstationäre Versorgung.  
 Dokumentation gem. Abschnitt 3 Kinderkrankenpflege

Ja	Nein

 bitte markieren (X)

Verwenden Sie die von GKinD überarbeiteten PPR-Werte?

Bitte markieren Sie "Nein", wenn Sie in einigen Fachabteilungen ein Alternativverfahren verwenden. Geben Sie desweiteren bitte die Fachabteilung (Name und/oder FAB-Schlüssel nach § 301 SGB V) sowie eine stichwortartige Beschreibung des Alternativverfahrens an.

**Hochaufwendige Pflegeleistungen**

Es liegen **keine** Patienten mit hochaufwendiger Pflege i.S.d. Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) vor 

--

 bitte markieren (X)

Anzahl der kalkulierten Fälle mit Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

Datenjahr 2011	Datenjahr 2010

Die Erfassung des PKMS liegt in allen relevanten Normalstationen vor: 

Ja	Nein

 bitte markieren (X)

liegt für folgende relevante Normalstationen nicht oder nur teilweise vor:

Name der Kostenstelle (Aussagekräftiger Name)


Bitte markieren Sie "Nein", wenn in einigen relevanten Normalstationen keine Erfassung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) vorliegt. Geben Sie desweiteren bitte den Namen der Kostenstelle an. Bitte stellen Sie sicher, dass der Name der Kostenstelle einen möglichen Behandlungsschwerpunkt widerspiegelt (z.B. Kostenstelle Innere 2 (Hämatologie)).

Wie wurde die Erfassung des PKMS in Ihrer Einrichtung überwiegend umgesetzt?

KIS-integriert (X)	manuell (X)	Sonstiges (bitte erläutern)

Bitte markieren Sie, ob die Erfassungsart "elektronisch und KIS-integriert", "manuell" oder "Sonstiges" für die überwiegenden Anzahl der Stationen zutrifft.

**Pflegesonderprogramm**

Liegt in Ihrer Einrichtung eine Vereinbarung mit den Krankenkassen zum Pflegesonderprogramm gem. § 4 Abs. 10 KHEntG für das Jahr 2011 vor? 

Ja	Nein

 bitte markieren (X)

Würden von Ihrer Einrichtung Finanzmittel aus dem Pflegesonderprogramm in Anspruch genommen? 

Ja	Nein

 bitte markieren (X)

Wenn ja, bitte tragen Sie die Höhe (EUR) der in Anspruch genommenen Finanzmittel ein:

2009	EUR
2010	EUR
2011	EUR

**Ergänzende Angaben zur PPR**

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

Bitte die farbig hinterlegten Angaben nur ausfüllen, wenn Sie die PPR gar nicht anwenden.

Kurzbeschreibung des alternativen Dokumentationssystems:

[Empty text box for alternative documentation system description]

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

Fachabteilung (Name/Schlüssel nach § 301 SGB V)	Alternativverfahren

Bitte im hellgelb markierten Bereich nur Angaben eintragen, wenn Sie in **allen Fachabteilungen** des Krankenhauses **Alternativverfahren** zur PPR anwenden. Bitte geben Sie eine nachvollziehbare Beschreibung des/der Alternativverfahren(s) an.

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

**Spalte 1:** Bitte geben Sie einen aussagekräftigen Namen an. Bitte stellen Sie sicher, dass anhand der Kostenstellenbezeichnung eine Identifikation des Fachbereichs möglich ist.  
**Spalte 2:** Summe der Pflegedienstkosten dieser Kostenstelle.  
**Spalte 3:** Summe der PPR-Minuten dieser Kostenstelle.  
**Spalte 4:** Bitte geben Sie an, welche(r) FAB-Schlüssel für Patienten dokumentiert sind (ist), die Leistungen dieser Kostenstelle empfangen haben (Mehrfachnennung möglich).  
**Spalte 5:** **Achtung**, in Spalte 5 bitte nichts eintragen. Spalte 5 füllt sich automatisch. Der Wert errechnet sich aus den von Ihnen eingetragenen Angaben.  
**Spalte 6:** Bitte geben Sie an, ob diese Kostenstelle (Station) eine bettenführende Aufnahmestation ist.  
**Bitte füllen Sie die Tabelle ohne Leerzeilen.**

Name Kostenstelle (Aussagekräftiger Name)	Gesamtkosten Pflegedienst der Kostenstelle	Summe PPR- Minuten der Kostenstelle	FAB-Schlüssel gemäß § 301 SGB V (4-stellig)	Kalkulatorischer Minutenwert	Bettenführende Aufnahme- station bitte markieren (x)
1	2	3	4	5	6

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

Summe Kosten	0
Summe PPR-Minuten	0
Mittlerer Minutenwert	

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

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

**Ergänzende Angaben zur innerbetrieblichen Leistungsverrechnung**

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

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

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

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

**Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur**

**Summe der in den Kostenstellen direkt gebuchten Kosten (EUR)**  
 vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung in der bitte eintragen

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

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





**Ergänzende Angaben zur Personalkostenverrechnung**

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

gewähltes Verfahren für die Durchführung der Personalkostenverrechnung bitte markieren (X)							Kostenvolumen (€)
Kosten- artengruppe	mitarbeiter- bezogene Zeiterfassung	Stellenplan- auswertung	Dienstplan- auswertung	Leistungs- statistiken*	Experten- schätzung*	sonstige*	
<b>KoAGrp. 1</b> (Ärztlicher Dienst)							
<b>KoAGrp. 2</b> (Pflegedienst)							
<b>KoAGrp. 3</b> (med.-techn. Dienst / Funktionsdienst)							

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

Erläuterung:

Bitte plausibilisieren Sie Ihre Ergebnisse vor dem Versand. Diese Plausibilisierung kann z. B. anhand der Datei „Zusätzliche Leistungsdaten (OP\_AN)“, möglicherweise vorliegenden Leistungsstatistiken und dem Abgleich mit Vorjahreswerten erfolgen.

Bitte erstellen Sie Ihre **Erläuterung** so, dass diese die Punkte:  
 - Kostenvolumen  
 - Datengrundlage  
 - Vorgehen (Stichworte)  
 beinhaltet.

\* bei **Expertenschätzung**, **Leistungsstatistiken** und **sonstige** ist zwingend eine Erläuterung anzugeben.