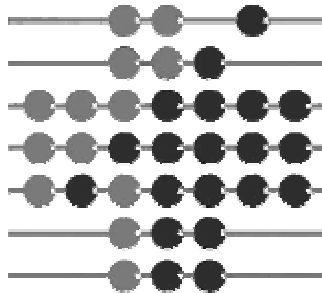


# KALKULATION VON FALLKOSTEN

Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern



## InEK



Version 3.0

10. Juli 2007



## Impressum

ISBN 978-3-940001-06-1

Juli 2007

© 2007 Copyright:

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV)

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.



Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH  
Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

## Inhaltsverzeichnis

Seite

Orientierung beim Lesen

<b>VORWORT .....</b>	<b>1</b>
<b>1. MANAGEMENT SUMMARY .....</b>	<b>2</b>
<b>2. EINFÜHRUNG.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Grundsätze der Kalkulationsmethodik .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2 Voraussetzungen für die Ermittlung der Fallkosten .....</b>	<b>6</b>
<b>2.3 Übersicht über die zentralen Kalkulationsschritte.....</b>	<b>11</b>
<b>2.4 Inhalt und Aufbau des Kalkulationshandbuchs .....</b>	<b>12</b>
<b>3. ANWENDUNGSBEREICH DER KALKULATION .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Relevanter Leistungsumfang .....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Relevante Behandlungsfälle.....</b>	<b>16</b>
<b>3.3 Relevanter Kostenumfang.....</b>	<b>17</b>
<b>3.4 Bezugszeitraum.....</b>	<b>18</b>
<b>4. VORBEREITUNG DER KALKULATIONSGRUNDLAGE .....</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Aufbereitung der für die Kalkulation benötigten Daten.....</b>	<b>21</b>
4.1.1 Fallbezogene Daten.....	21
4.1.1.1 Medizinische Dokumentation .....	21
4.1.1.2 Leistungsdaten .....	23
4.1.2 Kostendaten.....	24
4.1.2.1 Abgleich der Kalkulationsgrundlage .....	24
4.1.2.2 Kostenarten- und Kostenstellengliederung .....	27
4.1.2.3 Einzel- und Gemeinkostenzurechnung .....	31
4.1.3 Verrechnungsschlüssel für die Kostenstellenverrechnung.....	33
<b>4.2 Personalkostenverrechnung.....</b>	<b>34</b>





<b>4.3</b>	<b>Ermittlung der DRG-relevanten Leistungen .....</b>	<b>42</b>
<b>4.4</b>	<b>Ermittlung der DRG-relevanten Kosten .....</b>	<b>45</b>
4.4.1	Arbeiten im Rahmen der Kostenartenrechnung .....	45
4.4.1.1	Grundsätze für die Ausgliederung nicht DRG-relevanter Aufwandsarten .....	45
4.4.1.2	Periodenfremde und außerordentliche Aufwendungen .....	46
4.4.1.3	Rückstellungen .....	47
4.4.1.4	Nicht DRG-relevante Aufwandsarten .....	49
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 .....	55
4.4.2.3	Grundsätze für die Ausgliederung nicht DRG-relevanter Aufwendungen auf gemischten Kostenstellen .....	57
4.4.3	Beispiele für die Ermittlung der DRG-relevanten Kosten auf Kostenstellenebene ..	61
4.4.3.1	Ambulante Leistungen .....	61
4.4.3.2	Leistungen im Rahmen der Belegversorgung .....	64
4.4.3.3	Leistungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie .....	64
4.4.3.4	Forschung und Lehre .....	66
4.4.3.5	Besetzung eines Notarztwagens .....	68
4.4.3.6	Ergänzende Leistungsbereiche .....	69
4.4.3.7	Ausbildung in akademischen Lehrkrankenhäusern .....	70
4.4.3.8	Leistungen an Dritte .....	71
4.4.3.9	Personalgestellung an Dritte .....	73
4.4.3.10	Speisenversorgung .....	74
4.4.3.11	Leistungen der Nebenbetriebe .....	76
4.4.3.12	Vermietung und Verpachtung .....	76
4.4.4	Ausgliederung der Aufwendungen für Ausbildungsstätten und Ausbildungsmehrvergütungen .....	77
<b>4.5</b>	<b>Checkliste zum 4. Kapitel .....</b>	<b>80</b>
<b>5.</b>	<b>KOSTENSTELLENVERRECHNUNG .....</b>	<b>83</b>
<b>5.1</b>	<b>Vorbereitende Arbeiten .....</b>	<b>84</b>
5.1.1	Einrichtung von Kostenartengruppen .....	84
5.1.2	Entlastung von Sammelkostenstellen .....	86
5.1.3	Verdichtung von indirekten und abgegrenzten Kostenstellen .....	88
<b>5.2</b>	<b>Innerbetriebliche Leistungsverrechnung .....</b>	<b>89</b>
5.2.1	Anwendbare Verrechnungsverfahren .....	89
5.2.2	Umlage mit Hilfe von Verrechnungsschlüsseln .....	92
<b>5.3</b>	<b>Ausgliederung von abzugrenzenden Kostenstellen .....</b>	<b>97</b>
<b>5.4</b>	<b>Verdichtung der Kostenarten zu Kostenartengruppen .....</b>	<b>97</b>
<b>5.5</b>	<b>Checkliste zum 5. Kapitel .....</b>	<b>99</b>

<b>6.</b>	<b>KOSTENTRÄGERRECHNUNG.....</b>	<b>102</b>
<b>6.1</b>	<b>Zuordnung der direkten Kostenstellen zu Kostenstellengruppen.....</b>	<b>103</b>
<b>6.2</b>	<b>Anzuwendende Kalkulationsverfahren .....</b>	<b>105</b>
6.2.1	Einzelkostenzuordnung.....	105
6.2.1.1	Allgemeine Kalkulationsrichtlinien .....	105
6.2.1.2	Besondere Hinweise zu einzelnen Artikelgruppen .....	112
6.2.1.3	Prüfung der durchgeführten Arbeiten .....	118
6.2.2	Gemeinkostenzurechnung.....	119
6.2.2.1	Gewichtete Bezugsgrößenkalkulation .....	119
6.2.2.2	Ungewichtete Bezugsgrößenkalkulation .....	122
<b>6.3</b>	<b>Durchführung der Kostenträgerrechnung.....</b>	<b>124</b>
6.3.1	Kalkulationsverfahren für definierte Kostenstellengruppen .....	125
6.3.2	Normalstation.....	127
6.3.3	Intensivstation .....	137
6.3.4	Dialyseabteilung.....	144
6.3.5	OP-Bereich.....	156
6.3.6	Anästhesie .....	168
6.3.7	Kreißaal .....	173
6.3.8	Kardiologische Diagnostik/Therapie, endoskopische Diagnostik/Therapie, Radiologie, übrige diagnostische/ therapeutische Bereiche .....	178
6.3.9	Laboratorien .....	183
<b>6.4</b>	<b>Verdichtung der Kostendaten zu Kostenmodulen.....</b>	<b>188</b>
<b>6.5</b>	<b>Checkliste zum 6. Kapitel.....</b>	<b>190</b>
<b>7.</b>	<b>KALKULATION AUSGEWÄHLTER BESONDERER BEHANDLUNGSVERFAHREN.....</b>	<b>191</b>
<b>7.1</b>	<b>Leistungen der Transplantationsmedizin.....</b>	<b>191</b>
7.1.1	Allgemeine Kalkulationsrichtlinien .....	191
7.1.2	Besondere Hinweise zu Organtransplantationen.....	194
7.1.3	Besondere Hinweise zu Knochenmarktransplantationen/ Stammzelltransfusionen .....	199
<b>7.2</b>	<b>Teilstationäre Leistungen.....</b>	<b>201</b>
7.2.1	Falldefinition .....	202
7.2.2	Anpassungen der Kostenstellenrechnung .....	202
7.2.3	Differenzierte Fallkostenzurechnung .....	204
<b>7.3</b>	<b>Leistungen der Onkologie .....</b>	<b>207</b>
<b>7.4</b>	<b>Weitere Hinweise zur Kalkulation ausgewählter Leistungen.....</b>	<b>211</b>


<b>8. DATENÜBERMITTLUNG.....</b>	<b>217</b>
<b>ANLAGEN.....</b>	<b>220</b>
Anlage 1.1: Übersicht über die Kalkulationsschritte zur Ermittlung der DRG-relevanten Fallkosten .....	221
Anlage 1.2: Checkliste – Zentrale Arbeitsschritte zur Ermittlung der Fallkosten .....	222
Anlage 2: Übersicht der Abgrenzungstatbestände.....	226
Anlage 3: Kostenstellen der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur.....	228
Anlage 4.1: Zuordnung von Kostenarten zu Kostenartengruppen.....	230
Anlage 4.2: Zuordnung von Kostenartengruppen zu Kostenarten.....	235
Anlage 5: Übersicht über die für die Kostenträgerrechnung benötigten Kosten- und Leistungsdaten .....	239
Anlage 6: Zuordnung von Kostenstellen zu Kostenstellengruppen.....	240
Anlage 7: Kostenstellengliederung (gem. KHBV, erweiterte Mindestanforderung, empfohlene Gliederung).....	243
Anlage 8: IBLV-Verrechnungsschlüssel (Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur)...	248
Anlage 9: IBLV-Verrechnungsschlüssel (Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur) .....	249
Anlage 10: Artikelliste für die Einzelkostenzuordnung.....	250
<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>254</b>
<b>STICHWORTVERZEICHNIS.....</b>	<b>257</b>

## 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 „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) mit der Einführung eines DRG-Systems beauftragt. Bereits Mitte des Jahres 2000 einigten sich die Selbstverwaltungspartner auf das australische System in der Version AR-DRG 4.0 als Grundlage für die Entwicklung eines deutschen G-DRG-Systems. Gleichzeitig mit der Systemauswahl wurde mit dem Grundsatz einer regelgebundenen Weiterentwicklung des Systems auf der Basis empirischer Daten aus deutschen Krankenhäusern ein entscheidender Grundstein für die erfolgreiche Systemeinführung gelegt.

Um diesen von allen Selbstverwaltungspartnern getragenen Grundsatz umzusetzen, musste zunächst eine Methodik zur Kalkulation von Fallkosten entwickelt werden. Die Praxistauglichkeit der Kalkulationsmethodik wurde 2001 mit dem Methoden-Pretest in ausgewählten Krankenhäusern geprüft. Die Anregungen und vielschichtigen Empfehlungen aus dem Pretest bildeten die Basis für das Kalkulationshandbuch in der Version 2.0, das seit dem Jahr 2002 die methodische Grundlage für die Ermittlung der Fallkosten in den Kalkulationskrankenhäusern darstellt.

Nachdem die Finanzierung der Systementwicklung mit dem „DRG-Systemzuschlags-Gesetz“ vom 16. März 2001 gesichert war, gründeten die Selbstverwaltungspartner am 10. Mai 2001 das „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ (InEK GmbH), das im Jahr 2002 seine produktive Arbeit aufnehmen konnte. Der Gestaltungsprozess des G-DRG-Systems hat einen kontinuierlichen Anstieg der Anforderungen an die Qualität der Kalkulationsdaten bewirkt. Gleichzeitig sind in den Krankenhäusern das methodische Wissen und die Erfahrungen in der praktischen Umsetzung der Methodik gewachsen. Auch die im Jahr 2005 eingeführte qualitätsabhängige Aufwandserstattung für die Kalkulationskrankenhäuser berechtigt zu einem gesteigerten Qualitätsanspruch an die Datenlieferungen. Als bedeutende Schritte in der Weiterentwicklung des Kalkulationsverfahrens sind insbesondere die Klarstellungen zur Kostenabgrenzung, die Entwicklung detaillierter Vorschriften zur Einzelkostenzuordnung und die verbindliche Vorgabe einer IBLV zur Kalkulation der Infrastrukturkosten zu nennen. Unser besonderer Dank gilt allen Krankenhäusern, die auch bei den steigenden Anforderungen weiterhin Daten in hoher Qualität für die G-DRG-Systementwicklung zur Verfügung stellen.

Da in der Kalkulationsmethodik in vielen Bereichen grundlegende Entwicklungsschritte vollzogen worden sind, haben die Selbstverwaltungspartner das InEK beauftragt, das Handbuch auf den aktuellen Stand hin zu überarbeiten. Das InEK hat mit der Version 3.0 nicht nur die Ergänzungen und Änderungen der vergangenen Jahre eingearbeitet, sondern auch eine umfassende Neustrukturierung des Handbuchs vorgenommen. Durch die fundierte Kalkulationserfahrung der Autoren hat das Handbuch in der nun vorliegenden Neufassung nochmals deutlich an methodischer Präzision und Praxisnähe gewonnen.

Das InEK hat in den vergangenen Kalkulationsrunden die Entwicklung des G-DRG-Klassifikationssystems kontinuierlich vorangetrieben. Dem InEK sei an dieser Stelle für seine ausgezeichnete Arbeit gedankt.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV)

Verband der privaten Krankenversicherung (PKV)

## **1. MANAGEMENT SUMMARY**

### **Zweck der Kalkulation**

Das Kalkulationshandbuch beschreibt im Sinne eines anwendungsorientierten Leitfadens die Methodik zur Kalkulation fallbezogener Behandlungskosten im Krankenhaus. Die auf diese Weise erzielten Kalkulationsergebnisse dienen der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Für die an der Erhebung von Kostendaten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems teilnehmenden Krankenhäuser stellen die im Handbuch beschriebenen Kalkulationsverfahren eine verbindlich umzusetzende Vorgabe dar.

### **Methodische Grundsätze**

Die Kostenzurechnung auf den Kostenträger „Behandlungsfall“ folgt einem Vollkostenansatz auf Istkostenbasis. Dabei werden alle Behandlungsfälle, Leistungen und Kosten des Krankenhauses einbezogen, die nach den geltenden rechtlichen Bestimmungen unter den Vergütungsrahmen des G-DRG-Systems fallen. Vom G-DRG-System 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 G-DRG-System 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. Anl. 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 fallbezogenen Verbrauchsdokumentation zugerechnet. Für die Gemeinkosten werden Kalkulationssätze je Leistungseinheit für die nach Kostenarten vorgegebenen Bezugsgrößen berechnet.

Das Kalkulationsergebnis je Behandlungsfall wird 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 DRG-relevanter 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 DRG-relevanter Aufwendungen und Leistungen sowie die Vorgehensweise bei der Einzel- und Gemeinkostenzurechnung auf den Kostenträger (fallbezogene Leistungsdokumentation, Kostendaten) hervorgehen.



## 2. EINFÜHRUNG

### 2.1 Grundsätze der Kalkulationsmethodik

#### Kalkulatorischer Ansatz

Das Kalkulationsschema beschreibt eine Kostenträgerrechnung, die dem Kostenträger „Behandlungsfall“ Kosten zurechnet.

Die Kalkulation der Behandlungskosten erfolgt nach einem Vollkostenansatz auf Istkostenbasis für alle zu kalkulierenden Fälle. 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 (Kalendarjahr, 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 Behandlungsfälle, Leistungen und Kosten des Krankenhauses ein, die nach den geltenden rechtlichen Bestimmungen unter den Vergütungsrahmen des G-DRG-Systems fallen. Vom G-DRG-System nicht erfasste Leistungs- und Kostenanteile sind aus der Kalkulationsbasis auszugliedern.

*Beachtung der DRG-Relevanz*

#### Datengrundlage

Für die Kalkulation werden sowohl fallbezogene 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 Leistungsdaten (Dokumentation erbrachter Einzelleistungen wie z.B. Schnitt-Naht-Zeit bei der Operation, Art und Anzahl diagnostischer Leistungen, Sachmittelverbrauch) erforderlich.

*Die Datengrundlage umfasst fallbezogene 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 Fall werden zu Kostenmodulen zusammengefasst*

### Datenbereitstellung

In Ergänzung zu der vorgegebenen Datensatzstruktur gemäß § 21 KHEntgG werden zu jedem Falldatensatz die errechneten Fallkosten 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 Fall, 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 Fallkosten

An der Ermittlung der Fallkosten können alle Krankenhäuser teilnehmen, soweit das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in diesen Krankenhäusern Anwendung findet. Formale Voraussetzung hierfür ist der Abschluss der „Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“ mit dem InEK. Interessierte Krankenhäuser können anhand einer vom InEK bereitgestellten Checkliste prüfen, inwieweit sie bestimmte Mindestanforderungen an Qualität und Vollständigkeit der für die Kalkulation benötigten Daten (in erster Linie Bezugsgrößen für die fallbezogene Kostenzurechnung und Verbrauchsdokumentationen für die Einzelkostenzurechnung) nach dem vorliegenden Kalkulationshandbuch erfüllen. Im Hinblick auf eine erfolgreiche Teilnahme an der Fallkostenkalkulation 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 Hinblick 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 Zuordnung der Kosten zu den leistungsempfangenden Patienten.
- Fähigkeit zur Bereitstellung von fallbezogenen Datensätzen durch das Krankenhausinformationssystem unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 301 SGB V und des § 21 KHEntgG (DRG-Datensatz). Im DRG-Datensatz sind alle erforderlichen Informationen für die Datenübermittlung zusammengefasst. Die Struktur des DRG-Datensatzes (aktueller Stand) finden Sie auf der Homepage des InEK ([www.g-drg.de](http://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.

**Anforderungen an Informationen der Finanzbuchhaltung**

- Vorhandensein von Informationen im Rahmen der Finanzbuchhaltung und/oder Kostenrechnung, die eine Ausgliederung von nicht DRG-relevanten 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 Minstdifferenzierung 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 Fallkosten 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 DRG-relevanter Aufwendungen und nicht DRG-relevanter 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 Fallkostenkalkulation zusammen. Die Dokumentation ist auf Anforderung in ihrer Gesamtheit oder in Teilen dem InEK zur Verfügung zu stellen.



**Tabelle 1: Dokumentationsanforderungen**

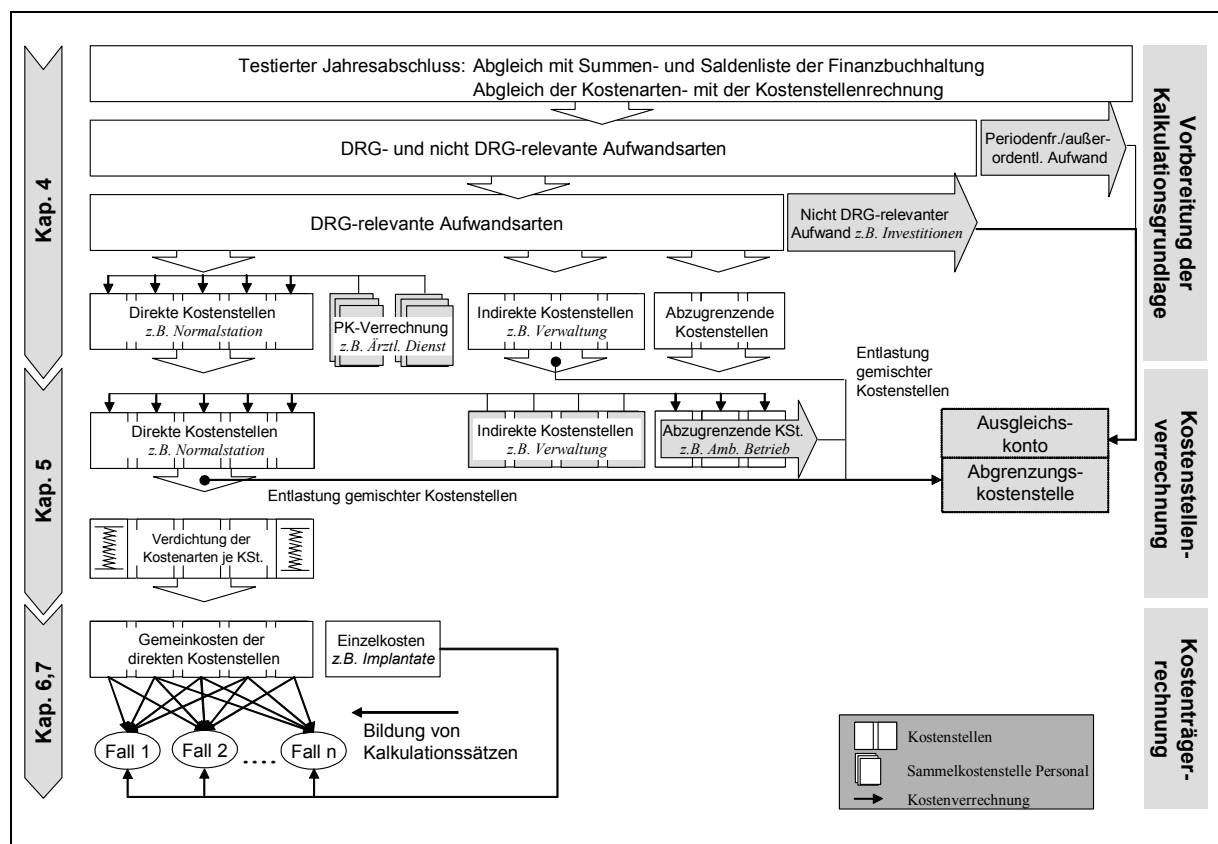
Checkliste zur Dokumentation			
Phase	Nr.	Kapitel	Beschreibung
Vorbereitung der Kalkulationsgrundlage	1.	3.2	Dokumentation der in die Kalkulation einbezogenen Fälle (Differenzierung nach Versorgungsart)
	2.	4.1.2.1	Kopie der Gewinn- und Verlustrechnung des letzten testierten Jahresabschlusses und eine 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 DRG-relevanten 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 DRG-relevanten Aufwendungen aus der Zuführung zu Rückstellungen
	10.	4.4.1.4	Dokumentation der Abgrenzung der nicht DRG-relevanten 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 DRG-relevanter Aufwendungen auf gemischten Kostenstellen (verwendete Daten und Unterlagen, festgestellter nicht DRG-relevanter Leistungsanteil, abgegrenztes Kostenvolumen)
	13.	4.4.2.3	Ggf. Dokumentation der Vorgehensweise bei der Ausgliederung der nicht DRG-relevanten Aufwendungen für Forschung und Lehre
	14.	4.4.4	Ggf. Dokumentation der Vorgehensweise bei der Ausgliederung der nicht DRG-relevanten Aufwendungen für Ausbildungsstätten und Ausbildungsmehrvergütungen

Phase	Nr.	Kapitel	Beschreibung
<b>Kostenstellenverrechnung</b>	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
<b>Kostenträgerrechnung</b>	21.	6.1	Kopie des Kostenstellenplans mit Angabe der jeder direkten Kostenstelle zugeordneten Kostenstellengruppe
	22.	6.2	Dokumentation der Vorgehensweise bei der Einzelkostenzurechnung (einbezogene Artikel/Artikelgruppen, den Fällen zugerechnetes Kostenvolumen, Entlastungsvolumen der Kostenstellen, Verbrauchsdokumentationen, ggf. angewendete KVMs)
	23.	6.3	Dokumentation der Kalkulationsverfahren je Kostenstelle (Statistiken zu den verwendeten Bezugsgrößen, wie Summe PPR-Minuten je Kostenstelle, Summe der (gewichteten) Intensivstunden, dienstartbezogene Summe Leistungsminuten OP und Anästhesie etc. beifügen)

## 2.3 Übersicht über die zentralen Kalkulationsschritte

Das vorliegende Handbuch schildert detailliert die für die Ermittlung der Fallkosten 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 DRG-relevanten Fallkosten**



Die folgenden Kalkulationsschritte stellen die zentrale Bedeutung und den umfangreichsten Arbeitsanteil an der in den Kapiteln 4 bis 6 beschriebenen Kalkulation der DRG-Fallkosten dar:

Überblick über die zentralen Kalkulationsschritte	Kapitel
➤ Aufbereitung der für die Kalkulation benötigten Daten (fallbezogene Daten, Kostendaten, IBLV-Verrechnungsschlüssel)	4.1
➤ Personalkostenverrechnung	4.2
➤ Ermittlung der DRG-relevanten Leistungen	4.3
➤ Ermittlung der DRG-relevanten Kosten: Arbeiten im Rahmen der Kostenartenrechnung	4.4
➤ Ermittlung der DRG-relevanten Kosten: Arbeiten im Rahmen der Kostenstellenrechnung	4.4
➤ Kostenstellenverrechnung	5
➤ Durchführung der Kostenträgerrechnung (Einzelkosten und Gemeinkosten)	6.3

## 2.4 Inhalt und Aufbau des Kalkulationshandbuchs

Inhaltlich ist das Kalkulationshandbuch wie folgt gegliedert:

**Kapitel 1** besteht aus der Management Summary. Hier wird ein zusammenfassender Überblick über die Grundzüge des Kalkulationsschemas und die konkrete Ermittlung der DRG-relevanten Fallkosten gegeben.

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 DRG-relevanten Kosten und Leistungen eingegangen. Dabei wird auf der

Kostenartenebene die Vorgehensweise bei der Ausgliederung nicht DRG-relevanter Aufwendungen gezeigt, während mit der Ermittlung der DRG-relevanten 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 DRG-relevanten Kostenanteile liegen die Kalkulationsdaten in der für die Kostenträgerrechnung benötigten Struktur vor.

Das **Kapitel 6** besteht aus der Kostenträgerrechnung. Es enthält die Regeln zur fallbezogenen 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.

In **Kapitel 7** werden Hinweise zur Kalkulation der Fallkosten für ausgewählte besondere Behandlungsverfahren gegeben.

**Kapitel 8** 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

Nach § 17b KHG werden mit den pauschalierten Entgelten des DRG-Systems die **allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen** für einen Behandlungsfall abgegolten. Ausgenommen hiervon sind Leistungen, die in psychiatrischen Einrichtungen nach § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) erbracht werden, und die Leistungen der Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin. Nach § 2 Abs. 1 KHEntgG 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.

*DRG-relevant sind die voll- und teilstationären Krankenhausleistungen*

Zusätzlich werden auch die Leistungen der vor- und nachstationären Behandlungsphase bei der Kalkulation der Fallkosten berücksichtigt. Bei vollstationären Behandlungsfällen, die zusätzlich vor- und/oder nachstationäre Behandlungsleistungen im Zusammenhang mit dem vollstationären Aufenthalt erhalten, sind im Rahmen der Ermittlung der Fallkosten alle Leistungen und Kosten der vor- bzw. nachstationären sowie der vollstationären Behandlungsphase in einem Falldatensatz zusammenzufassen. Nachstationäre Leistungen werden jedoch nur in dem Umfang berücksichtigt, in dem diese Leistungen gemäß § 8 Abs. 2 KHEntgG nicht gesondert nach § 115a SGB V vergütet werden.

*Vor- und nachstationäre Leistungen werden zusätzlich 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 KHEntgG). Wahlleistungen sind andere vom Krankenhaus erbrachte stationäre Leistungen (vgl. hierzu § 17 KHEntgG). Sie sind durch den Vergütungsumfang des DRG-Systems nicht abgedeckt. Gleiches gilt für die Leistungen für Begleitpersonen, deren Mitaufnahme in das Krankenhaus nicht medizinisch begründet ist.

Die folgende Tabelle führt DRG-relevante und nicht DRG-relevante Leistungen entsprechend dem für Krankenhäuser geltenden Leistungsrecht auf. Der Umfang der in die pauschalierende Vergütung einzubeziehenden Leistungen ergibt sich in erster Linie aus § 17b KHG. Diese Leistungen sind in der Tabelle als „DRG-relevant“ 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 DRG-relevante Leistungen dennoch in der Kalkulation zu berücksichtigen und deren Kosten zu übermitteln. Für die übrigen als nicht DRG-relevant gekennzeichneten Leistungen ist eine separate Vergütung zu beantragen.

zeichneten Leistungen bestehen Vergütungsregelungen außerhalb des hier betrachteten Rahmens, sie sind daher nicht in die Kalkulation einzubeziehen.

**Tabelle 2: DRG-Relevanz von Krankenhausleistungen**

Krankenhausleistung	DRG-relevant	Nicht-DRG-relevant	Übermittlung Kostendaten
Vollstationäre Leistung	x		x
Teilstationäre Leistung	x		x
Vor- und nachstationäre Leistung, soweit nicht gesondert berechenbar	x		x
Stationäre Behandlungsleistungen für Studienpatienten	x		x
Patientenbehandlungen in Kliniken der Berufsgenossenschaft und Bundeswehrkrankenhäusern, deren Kosten die GKV trägt	x		x
Rein vorstationäre Leistungen nach § 115a SGB V		x	x
Wahlleistungen		x	x
Begleitpersonen mit medizinisch begründeter Aufnahme		x	x
Leistungen für Fälle in besonderen Einrichtungen gem. § 17b Abs. 1 S.15 KHG		x	x
Gabe von Faktorpräparaten für Bluterpatienten		x	x
Leistungen für Ausbildungsstätten		x	x
Leistungen, die in Einrichtungen für Psychiatrie, Psychosomatik oder Psychotherapeutische Medizin erbracht werden		x	
Ambulante Leistungen (auch ambulantes Operieren nach § 115b SGB V)		x	
Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V		x	
Zusätzliche Leistungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme gem. § 137f SGB V		x	
Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 KHEntgG		x	
Leistungen für Rehabilitationseinrichtungen gem. § 111 SGB V		x	
Begleitpersonen, Aufnahme nicht medizinisch begründet		x	
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.		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 DRG-Relevanz. Stellen Sie sicher, dass Sie über geeignete Informationen zur Bereinigung der Leistungsstatistiken um nicht DRG-relevante Leistungen verfügen.

### 3.2 Relevante Behandlungsfälle

Kostenträger im Sinne dieses Kalkulationsschemas ist der einzelne Behandlungsfall, der unter den Vergütungsumfang des DRG-Systems fällt. Damit werden den Falldatensätzen aller Patienten, die DRG-relevante Leistungen im Krankenhaus empfangen haben, die dafür entstandenen Kosten zugeordnet. Nicht DRG-relevante Leistungen und deren Kosten werden in der Kalkulation grundsätzlich nicht berücksichtigt. Eine Ausnahme bilden diejenigen nicht DRG-relevanten Leistungen, deren Kosten kalkuliert und übermittelt werden sollen (vgl. Tabelle 2 in Kap. 3.1). Behandlungsfälle, bei denen derartige nicht DRG-relevante Leistungen erbracht wurden, werden ebenfalls in die Kalkulation einbezogen.

*Kostenträger sind Patienten im Vergütungsumfang des DRG-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 psychiatrische Einrichtung (Einrichtung gem. § 1 Abs. 2 PsychPV) 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 gilt. Die Leistungen und Kosten des Behandlungsaufenthalts werden im Rahmen der Kalkulation 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.

- ❶ Vorstationär behandelte Patienten, die anschließend nicht vollstationär im Krankenhaus behandelt werden, sind im Rahmen der Ermittlung der Fallkosten als eigene Fälle zu kalkulieren. Sie werden im DRG-Datensatz entsprechend gekennzeichnet.
- ❶ Für teilstationär versorgte Patienten sind tagesbezogene Falldatensätze anzulegen. Die medizinischen Fallinformationen und die Kostendaten sind für jeden einzelnen tagesbezogenen Falldatensatz aufzubereiten (vgl. die Hinweise in Kap. 7.2).
- ❶ Sofern nach den geltenden Abrechnungsregeln ursprünglich eigenständige Falldatensätze auf einen führenden Fall (Abrechnungsfall) zusammengeführt werden, sind diesem Fall alle relevanten Fallinformationen (medizinische Daten und Kostendaten) zuzuordnen. Die Patientendatenbank des Krankenhausinformationssystems ist nach Fallzusammenführung um die für die Abrechnung nicht relevanten Falldatensätze zu bereinigen.

#### **Arbeitsschritte:**

- ☑ Bereinigen Sie die Patientendatenbank vor Durchführung der Kostenträgerrechnung um Fälle, die während ihres Krankenhausaufenthalts keine DRG-relevanten 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.
- ☑ Bei teilstationärer Versorgung: Legen Sie tagesbezogene Falldatensätze für jeden teilstationären Kontakt an.
- 📄 Ermitteln Sie die Anzahl der in die Kalkulation einbezogenen Fälle (Differenzierung nach Versorgungsart) und nehmen Sie die Angaben in die DRG-Dokumentation auf.

### **3.3 Relevanter Kostenumfang**

Unter dem Begriff der DRG-relevanten 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 in § 1 Abs. 2 der PsychPV genannten Einrichtungen entstehen,
- die nach der zurzeit geltenden Systematik des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bzw. des KHEntgG in den Entgelten nicht berücksichtigt werden,
- die in Zusammenhang mit Leistungen entstehen, für die nach der Systematik des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bzw. des KHEntgG eine gesonderte Vergütung vereinbart wird oder eine sonstige öffentliche Förderung gewährt wird.

*DRG-relevant sind Kosten, die in Zusammenhang mit der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen anfallen*

Die Kosten für bestimmte nicht DRG-relevante Leistungen (s. Tab. 2 in Kap. 3.1) werden im Kalkulationsschema wie DRG-relevante 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 das Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. KHEntgG maßgeblich.
- ❶ Der Ermittlung der Fallkosten sind ausschließlich die DRG-relevanten Aufwendungen zugrunde zu legen. Ergänzend werden die Kosten für bestimmte nicht DRG-relevante Leistungen übermittelt.
- ❶ „Durchlaufende Posten“ wie beispielsweise der DRG-Systemzuschlag und der Qualitätssicherungszuschlag stellen keine DRG-relevanten Kosten dar.

#### **Arbeitsschritt:**

- ☑ Stellen Sie sicher, dass Sie über geeignete Informationen zur Abgrenzung der nicht in der Kalkulation zu berücksichtigenden Kostenanteile für nicht DRG-relevante 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.

*„Prinzip der zeitlichen Kongruenz“ von Leistungs- und Kostendaten*

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

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

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

Für die Kalkulation folgt daraus, dass

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

in die Kalkulation einbezogen und die Datensätze übermittelt werden.

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

- Alternative 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.

*Jahresüberlieger aus dem Vorjahr werden kalkuliert und übermittelt*

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*

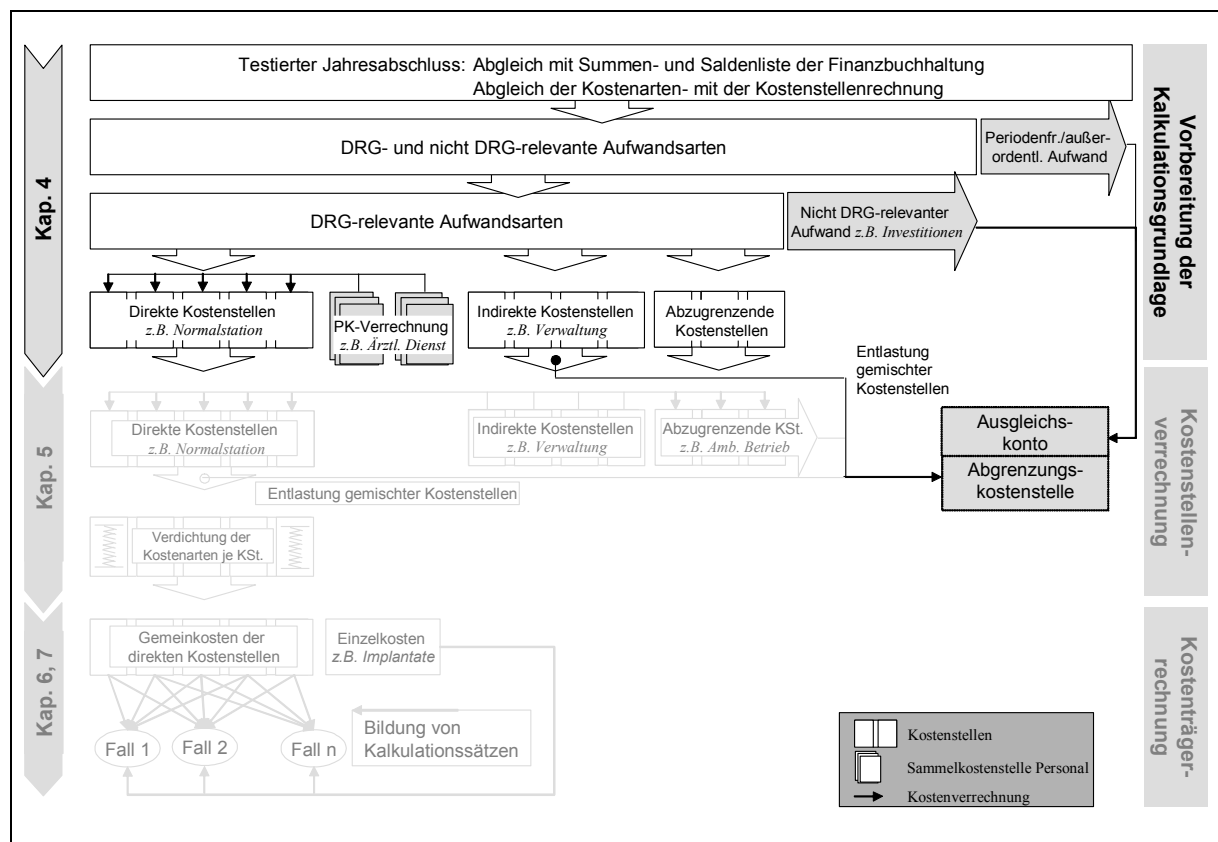
#### **Hinweise:**

- ❶ Falls in einem Krankenhaus das Geschäftsjahr nicht mit dem Kalenderjahr übereinstimmt, ist das InEK zur Klärung der Vorgehensweise im Rahmen der Kalkulation zu kontaktieren.
- ❶ Im Datenjahr entlassene Jahresüberlieger können in seltenen Fällen auch zu einem früheren Zeitpunkt als dem Vorjahr aufgenommen worden sein; die Vorgehensweise im Rahmen der Kalkulation ist 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 (fallbezogene 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 DRG-relevanten und nicht DRG-relevanten Leistungen und Kosten dar. In diesem Zusammenhang werden die grundsätzliche Vorgehensweise bei der Ausgliederung nicht DRG-relevanter Kosten beschrieben, die Kategorisierung der Kostenstellen dargestellt sowie Grundsätze und Beispiele für Kostenausgliederungen auf Kostenstellenebene erläutert.

<b>Überblick über die zentralen Kalkulationsschritte Kapitel 4:</b>	<b>Kapitel</b>
➤ Prüfung der verfügbaren Daten (fallbezogene 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 DRG-relevanten Leistungen	4.3
➤ Ermittlung der DRG-relevanten Kosten: Arbeiten im Rahmen der Kostenartenrechnung	4.4.1
➤ Ermittlung der DRG-relevanten 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 stehen z.B. dem Fall zugerechnete Kostenanteile in einem inhaltlichen Zusammenhang mit für den Fall dokumentierten OPS-Kodes.

### 4.1.1 Fallbezogene Daten

#### 4.1.1.1 Medizinische Dokumentation

Zum Zweck der Gruppierung und damit Abrechnung der Behandlungsfälle im DRG-System 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 durchzuführen. Im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems stellen diese Informationen im Zusammenhang mit den zu dem Fall übermittelten Kostendaten zentrale Parameter für die Definition und Bewertung der DRG-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 Behandlungsfall. Sie bieten jedoch die Möglichkeit, die dem Fall 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 wurde während seines stationären Aufenthalts am Blinddarm operiert, dokumentierter OPS-Kode 5-470.0 Appendektomie, offen-chirurgisch.

Für die Plausibilisierung der Kostendaten des Falles bedeutet dies u.a.:

Für den Fall müssen Kosten in der Kostenstellengruppe 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie) vorliegen, da die Operation in einem Operationssaal stattfindet und die Durchführung der Narkose die Beteiligung der Abteilung Anästhesie erfordert.

Dem Fall dürfen keine Kosten der Kostenartengruppe 5 (Implantate/Transplantate) zugerechnet worden sein, da diese Sachgüter nicht im Rahmen einer Appendektomie eingesetzt werden und kein eine Implantation beschreibender OPS-Kode dokumentiert ist.

Für den Fall dürfen keine Kosten in der Kostenstellengruppe 3 (Dialyseabteilung) ausgewiesen werden, da kein OPS-Kode zur Beschreibung eines Dialyseverfahrens dokumentiert ist.

Nach diesem – im dargestellten Beispiel vereinfachten – Schema können im kalkulierenden Krankenhaus in erster Linie 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 Behandlungsfall herangezogen werden. Dazu werden „Klinische Verteilungsmodelle“ entwickelt, die bei fehlender fallbezogener Verbrauchsdokumentation für teure Sachgüter deren Kosten als Einzelkosten zurechnen (nähere Erläuterungen dazu in Kap. 6.2.1).

**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 Fall individuell zu erfassen. Anhand dieser Leistungsdaten werden die Kostenstellenkosten als Einzel- oder Gemeinkosten dem jeweiligen Fall zugerechnet. Um eine Vergleichbarkeit der Kalkulationsergebnisse aus verschiedenen Krankenhäusern zu gewährleisten, werden die zu erfassenden Daten durch das Kalkulationsschema im Einzelnen vorgegeben. Die nach Art und Menge zu dokumentierenden teuren Sachgüter für die Einzelkostenzurechnung beschreibt Kap. 6.2.1 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. 6.3).

*Verbrauchsdaten dienen der fallbezogenen Kostenzurechnung des Personal- und Sachmitteleinsatzes*

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

- Fallbezug: Personal- und Sachmitteleinsatz sind einzelfallbezogen zu dokumentieren. Als Primärschlüssel dient die aufenthaltsbezogene Fallnummer. Diese verknüpft in jeder Kostenstelle, die an der Patientenbehandlung beteiligt ist, die dort erbrachten Einzelleistungen des Personals bzw. die Sachmittelverbräuche mit dem individuellen Behandlungsfall.
- Vollständigkeit: In den an der Patientenbehandlung beteiligten Kostenstellen ist eine nach Art und Menge der erbrachten Leistungen vollständige Dokumentation sicherzustellen. Dies beinhaltet auch die durchgängige Erfassung der Fallnummern aller in der jeweiligen Kostenstelle behandelten Patienten.
- 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.

#### **Arbeitsschritt:**

- ☒ Prüfen Sie die in den an der Patientenbehandlung beteiligten Kostenstellen dokumentierten Leistungsdaten im Hinblick auf Fallbezug, 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 Fallkostenkalkulation 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 DRG-Kalkulation erforderlichen Buchungen durchgeführt. Alternativ könnte auch ein dem Produktivsystem entsprechendes Testsystem für die Ermittlung der Fallkosten 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 DRG-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 DRG-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 DRG-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 DRG-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 Fallkostenkalkulation eingerichtet, um alle nicht DRG-relevanten Aufwendungen zusammengefasst zu dokumentieren.

*Vor Ermittlung der DRG-relevanten 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 DRG-Dokumentation.
-  Erzeugen Sie eine Summen- und Saldenliste der Kostenstellen und nehmen Sie die Liste zur DRG-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 DRG-relevante 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 Fallkostenkalkulation sind folgende Aspekte zu beachten:

- Die Umsetzung der Vorgaben zur Einzelkostenzurechnung wird durch die Einrichtung separater Kostenarten für die fallbezogen 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 entsprechender Leistungsbereiche im jeweiligen Krankenhaus.

Gleichzeitig ist eine tiefergehende Differenzierung entsprechend den strukturellen und organisatorischen Anforderungen jederzeit möglich. In der Kalkulationspraxis der vergangenen Jahre hat sich eine erweiterte Mindest-Kostenstellengliederung als sinnvoll herausgestellt, die insbesondere im Bereich der Infrastruktur eine weitergehende Untergliederung aufweist und damit eine genauere Kostenstellenverrechnung ermöglicht.

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

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.

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. 6.1) aufgeführt. Kostenstellen mit Leistungserbringung vollständig ohne DRG-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)*

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

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*

Eine gegenüber der KHBV erweiterte Kostenstellendifferenzierung wird vorgegeben, wenn

- Teile eines Leistungsbereichs unterschiedlichen Kostenstellengruppen zuzuordnen sind (Beispiel: Leistungsbereich „Kreißaal“ mit Unterscheidung in Kostenstelle „Kreißaal/Geburtsraum“ der Kostenstellengruppe 6 und Kostenstelle „OP im Kreißaal“ der Kostenstellengruppe 4),
- ein Leistungsbereich sowohl standardisierte, wenig kostenträchtige als auch spezielle und kostenintensive Leistungen erbringt (Beispiel: Leistungsbereich „Röntgendiagnostik und Therapie“ mit Unterscheidung in Kostenstelle „konventionelle Röntgenverfahren“ und Kostenstelle „Computertomographie“),
- die Kosten spezieller Leistungen möglichst präzise zu kalkulieren sind (Beispiel: Kostenstellendifferenzierung im Leistungsbereich „Nukleardiagnostik und -therapie“)

*Hinweise:*

- 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 krankenhaushinterne Personalkostenverrechnung und die IBLV einbezogen werden. Nähere Erläuterungen enthält Kapitel 7.4 unter dem Stichwort „Untersuchungen in fremden Instituten“.

*Kostenstellenbereiche 93 bis 95: Pflegefachbereiche – Normalpflege*

Die in der KHBV-Gliederung mit Kostenstellennummer 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.

Die KHBV-Kostenstellenummer 935 „Hämodialyse/künstl. Niere“ ist in Anlage 7 dem Bereich „Medizinische Institutionen“ unter der Kostenstellenummer 927 „Dialyse“ zugeordnet, da dies eher dem Charakter der Leistungserbringung und den anzuwendenden Kalkulationsverfahren entspricht.

#### **Hinweise:**

- ❶ Sofern in einem Krankenhaus Patienten belegärztlich versorgt werden, ist bei einem ausreichend hohen Leistungsanteil für den belegärztlich versorgten Teil einer Normalstation (Orientierungsgröße: 25% der versorgten Fälle) eine separate Kostenstelle einzurichten.
- ❶ Sofern in einer Normalstation 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.
- ❶ Sofern in einer Normalstation Patientengruppen mit deutlich unterschiedlicher Betreuungsintensität vollstationär versorgt werden, sollte eine Teilung der bestehenden und die Einrichtung einer zusätzlichen Kostenstelle geprüft werden. Dieses Vorgehen bietet sich beispielsweise im Bereich der Transplantationsmedizin an (getrennte Kostenstellen im Bereich Normalstation für transplantierte und nicht transplantierte Patienten).

#### *Kostenstellenbereich 96: Pflegebereiche – Abweichende Pflegeintensität*


Zur präziseren Abbildung spezifischer Kostenstrukturen der Intensivversorgung ist der Bereich der Intensivbehandlung wie dargestellt zu differenzieren.

#### *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 DRG-Systems fallen. Diese Kostenstellen sind daher abzugrenzende Kostenstellen.

Die Kosten der Ausbildungsstätten (KSt. 971) werden im DRG-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 DRG-Dokumentation bei.

### **4.1.2.3 Einzel- und Gemeinkostenzurechnung**

#### **Einzelkosten**

Einzelkosten sind dem Behandlungsfall direkt und verursachungsgerecht zuzuordnen. Sie sind DRG-relevant, wenn sie in Zusammenhang mit der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen für DRG-relevante Fälle entstehen. Im Rahmen dieses Kalkulationsschemas ist eine Einzelkostenzuordnung für ausgewählte, teure Sachgüter zwingend vorgeschrieben (vgl. Kap. 6.2.1 und Anl. 10).

*Einzelkosten werden dem Fall direkt zugeordnet*

Die Einzelkostenzuordnung hat für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hohe Bedeutung, da durch die verursachungsgerechte Zuordnung der Kosten für teure Sachgüter eine schärfere Unterscheidung der Fallgruppen nach ihrem Aufwand 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 Kostenstellengrup-

*Anlage 10 enthält eine Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenzuordnung*

penausweis angegeben. Die Einzelartikel entstammen folgenden Artikelgruppen:

- Medikamente
- Blutprodukte
- Implantate
- Transplantate
- Herz-/Röntgenkatheter
- Materialsets (spezielle)
- Andere Verbrauchsmaterialien
- Aufwendige Fremdleistungen

Diese Aufstellung wird regelmäßig durch das InEK an die aktuellen Anforderungen für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 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 Fall über die Kostenstellenrechnung und mit Hilfe von Kalkulationssätzen für Bezugsgrößen in der Kostenträgerrechnung zugerechnet.

Den Gemeinkosten zuzuordnen sind die unechten Gemeinkosten. Hierbei handelt es sich um Kosten, die zwar grundsätzlich dem Fall 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 Verbandstoffe und sonstiges Verbrauchsmaterial auf der Station.

Unter dem Begriff der DRG-relevanten 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.

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



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 Fall, Kostendaten).
- ☒ Prüfen Sie, welche Daten in den direkten Kostenstellen als Bezugsgrößen für die fallbezogene 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
- Medizinisch-technischer Dienst
- Funktionsdienst

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.

### **Beispiele:**

- ❖ Die Ärzte der Kostenstelle „Anästhesie“ erbringen Schmerzkonsile für die Normalstation und sind zeitweise auch auf der Intensivstation tätig. Im Zuge der Personalkostenverrechnung sind die Kosten des ärztlichen Dienstes der Kostenstelle „Anästhesie“ in dem Umfang zu entlasten, der ihrem Tätigkeitsanteil in den übrigen Kostenstellen entspricht. Die Kostenstellen im Bereich Normalstation und Intensivstation sind anteilig mit Kosten des ärztlichen Dienstes entsprechend der dort erbrachten Tätigkeitszeit zu belasten.

- § Dem Kreißsaal sind nach den Unterlagen der Personalabteilung zwei Vollzeitkräfte des ärztlichen Dienstes zugeordnet. Eine Rücksprache mit dem zuständigen Chefarzt ergibt, dass diese Ärzte auch Leistungen im Bereich des Neugeborenenzimmers und der Ambulanz erbringen. Zusätzlich werden Konsiliarleistungen für andere Stationen durchgeführt. Entsprechend erfolgt eine anteilige Entlastung der Kostenstelle „Kreißsaal“ und eine dem Tätigkeitsanteil je Kostenstelle entsprechende Belastung der Ambulanz, der betroffenen Stationen sowie des Neugeborenenzimmers.



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

#### Mitarbeiterbezogene Zeiterfassung

Der Umfang der Inanspruchnahme wird in der Regel durch die Arbeitszeit bestimmt, die der Mitarbeiter durchschnittlich für die empfangenden Kostenstellen tätig ist. Soweit eine mitarbeiterbezogene Zeiterfassung in den betroffenen Bereichen vorliegt, kann sie als Grundlage für die verursachungsgerechte Verteilung der Personalkosten herangezogen werden. Voraussetzung

hierfür ist, dass sich seit der Durchführung der Zeiterfassung keine grundlegenden organisatorischen Veränderungen in den betroffenen Bereichen, beispielsweise im Zuge eines Chefarztwechsels, ergeben haben.

### **Verteilung aufgrund anderer statistischer Unterlagen oder Schätzungen**

Liegen Ergebnisse einer Zeiterfassung nicht 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 Fachabteilung Chirurgie in Höhe von 493.500 GE sind der Sammelkostenstelle „Allgemeine Kostenstelle Chirurgie“ zugeordnet. Die Ärzte erbringen ihre Leistungen jedoch für verschiedene Kostenstellen: „Station“, „Ambulanz“, „OP-Saal“ sowie in geringem Umfang für weitere Kostenstellen.

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

Die Ergebnisse einer mitarbeiterbezogenen Zeiterfassung liegen lediglich für den OP-Bereich vor. Für die übrigen Leistungsbereiche schätzt das Krankenhaus den Anteil an der Gesamtarbeitszeit, der je Arzt auf die einzelnen Kostenstellen entfällt, im Zuge einer Befragung der Chefarzte 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)								
Chirurgie	Arzt 1	Arzt 2	Arzt 3	Arzt 4	Arzt 5	Summe	VK	Kosten in GE
Station	23	23	20	10	13	89	1,99	<b>196.413</b>
Ambulanz	11	18	0	27	10	66	1,47	<b>145.089</b>
OP	10	7	20	5	20	62	1,38	<b>136.206</b>
Sonstige KSt.	3	0	4	0	0	7	0,16	<b>15.792</b>
<b>Summe</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>44</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>224</b>	<b>5,00</b>	<b>493.500</b>

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

$$5,00 / 224 * 66 = 1,47$$

Alle weiteren Vollkräfte ergeben sich aus analogen Rechenschritten.

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

$$493.500 \text{ GE} / 5,00 * 1,99 = 196.413 \text{ GE}$$

Alle weiteren Kosten ergeben sich aus analogen Rechenschritten.

Im Ergebnis werden die Personalkosten der Ärzte der Fachabteilung „Chirurgie“ in Höhe von 493.500 GE auf die Kostenstellen „Station“ (196.413 GE), „Ambulanz“ (145.089 GE), „OP-Saal“ (136.206 GE) sowie in geringem Umfang auf weitere Kostenstellen (15.792 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.

❶ Springer

Die Kosten für Springer sind entsprechend ihrem Tätigkeitsumfang dienststartbezogen den einzelnen Kostenstellen zuzuordnen. In Einzelfällen kann hierzu eine Schätzung vorgenommen werden.

❶ Interne Konsile

Interne Konsile werden während des Krankenhausaufenthalts des Patienten von der versorgenden Fachabteilung bei den anderen Fachabteilungen angefordert. 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.

**Beispiel:**

§ Der pädiatrischen Abteilung sind drei Ärzte zugeordnet, die entsprechenden Personalkosten betragen 215.580 GE. Die Ärzte der pädiatrischen Abteilung erbringen zu jeweils gleichen Anteilen Konsiliarleistungen für die Chirurgie und für die Notfallambulanz. Der durchschnittliche wöchentliche Zeitbedarf für Konsiliarleistungen wird auf drei Stunden je Mitarbeiter geschätzt, das entspricht 7,5% der wöchentlichen Regelarbeitszeit von 40 Stunden. Der Chirurgie und der Notfallambulanz werden daher jeweils Kosten in Höhe von 8.084,25 GE ( $= 0,075 * 215.580 \text{ GE} / 2$ ) zugeordnet.

❶ Konsiliarleistungen an Dritte

Werden ärztliche Konsiliarleistungen für Dritte (Rehabilitationsklinik, Pflegeheim, anderes Krankenhaus) erbracht, sind diese Leistungs- und Kostenanteile als nicht DRG-relevant auszugliedern (vgl. die Erläuterungen in Kap. 4.4.3.8). Eine Einbeziehung in die Personalkostenverrechnung erfolgt nicht.

❶ 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 (zum Umgang mit Kosten für externe Konsile vgl. Kap. 7.4).

❶ Im Krankenhaus eingesetztes Fremdpersonal

In steigendem Umfang greifen die Krankenhäuser im Rahmen der Leistungserbringung 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 erster Linie sollen dadurch temporäre Auslastungsspitzen abgedeckt werden. Die Leiharbeiter werden in die Arbeitsorganisation des jeweiligen Einsatzbereichs im Krankenhaus eingegliedert. Ein Bezug zu einzelnen Behandlungsfällen lässt sich in der Regel weder aus der erbrachten Leistung noch aus der Rechnungsstellung ableiten.

Leistungen: Leiharbeiter 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 OP) werden Leiharbeiter in die Dokumentation einbezogen.

Kosten: Aufwendungen für Leiharbeiter 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, Pflegekräften oder Hebammen 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 Behandlungsfällen erkennen lassen.

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



Ein direkter Fallbezug lässt sich dann herstellen, wenn ein externer Mitarbeiter spezielle Leistungen für eine eindeutig definierbare Gruppe von Patienten erbringt (Beispiel: Ein Neurochirurg führt auf Anforderung eine Operation durch).

derung gegen Honorar bestimmte Operationen bei Patienten mit einem spezifischen Krankheitsbild durch).

Leistungen und Kosten bei fehlendem Einzelfallbezug: 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 Einzelfallbezug: Die Honorarrechnung des externen Mitarbeiters sollte Leistungen und Honorar fallbezogen ausweisen. Die Kosten werden als Sach-Einzelkosten in der Kostenartengruppe 6b dem jeweiligen Behandlungsfall zugerechnet. Ggf. kann auch durch die Anwendung eines geeigneten Klinischen Verteilungsmodells (KVM) eine verursachungsgerechte Kostenverteilung auf die betroffenen Fälle erreicht werden. Bei mitarbeiterbezogener Leistungserfassung (z.B. im OP) werden Honorarkräfte nicht in die Dokumentation 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 DRG-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 fallbezogene 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:

#### *Normalstation*

- ☒ Die je Kostenstelle zu berechnenden Kostensätze der Bezugsgröße Pfl egetag (ärztlicher Dienst, medizinisch-technischer Dienst) 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. Für die Bezugsgröße PPR-Minute (Pfle gedienst) ergeben sich nur geringfügige Schwankungen zwischen den Kostensätzen der einzelnen Kostenstellen.

#### *Intensivstation*

- ☒ Nach Umrechnung in Vollzeitkräfte entsprechen die dem Bereich Intensivstation zugeordneten Personalkosten den Vorgaben der Mindestpersonalbesetzung unter Berücksichtigung von Fallzahl und Bettenauslastung.

#### *OP-Bereich*

- ☒ Bei für einzelne OP-Säle separat eingerichteten Kostenstellen weisen die je Kostenstelle zu berechnenden Kostensätze je Leistungsminute für den ärztlichen Dienst nur geringfügige Schwankungen auf. Auftretende deutliche Unterschiede lassen sich aus dem Leistungsspektrum der jeweiligen Kostenstelle erklären.
- ☒ Für den ärztlichen Dienst im OP errechnet sich ein höherer Kostensatz je Leistungsminute als für den OP-Funktionsdienst.
- ☒ Die durchschnittlichen Kosten des ärztlichen Dienstes je Fall für den OP-Bereich sind höher als die durchschnittlichen Kosten des ärztlichen Dienstes je Fall für den Bereich Anästhesie.

- ☑ 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.

#### *Anästhesie*

- ☑ Für den ärztlichen Dienst der Anästhesie errechnet sich ein höherer Kostensatz je Leistungsminute als für den Anästhesie-Funktionsdienst.
- ☑ Die durchschnittlichen Kosten des ärztlichen Dienstes je Fall für den Bereich Anästhesie sind niedriger als die durchschnittlichen Kosten des ärztlichen Dienstes je Fall für den OP-Bereich.
- ☑ 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.

#### *Kreißsaal*

- ☑ Für den medizinisch-technischen Dienst (Hebammen) errechnet sich ein deutlich höherer Kostensatz je Aufenthaltsstunde als für den ärztlichen Dienst.

#### *Zusammenfassend*

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

### **4.3 Ermittlung der DRG-relevanten Leistungen**

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

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

*Für jede Kostenstelle ist der DRG-relevante Leistungsanteil zu ermitteln*

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 DRG-relevanten 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 Kostenstellen „Innere Medizin“ und „Chirurgie“ sowie 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 DRG-relevanten 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 Behandlungsfällen zugerechnet. Für die Verrechnung der DRG-relevanten Gemeinkosten dieser Kostenstellen werden Kalkulationssätze je Leistung gebildet (vgl. Kap. 6.3). Dabei dürfen nur DRG-relevante Leistungen und deren Kosten berücksichtigt werden. Leistungen, die nicht über das DRG-System 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 in einem Fachkrankenhaus mit Schwerpunkt Rheumatologie 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 DRG-relevante Leistungen berücksichtigt werden, die für stationäre Patienten erbracht wurden.

**Arbeitsschritte:**

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



#### 4.4 Ermittlung der DRG-relevanten Kosten

Dieses Unterkapitel beschreibt die erforderlichen Arbeitsschritte zur Ermittlung der mit den DRG-relevanten Leistungen in Verbindung stehenden DRG-relevanten Kosten. Die für nicht DRG-relevante Leistungen angefallenen Kostenanteile sind auszugliedern. Die Ausgliederung nicht DRG-relevanter Kosten erfolgt auf zwei Ebenen:

- In der Kostenartenrechnung: Aufwandsarten, die als nicht DRG-relevant 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 DRG-Relevanz der dort erbrachten Leistungen in Kategorien eingeteilt. Der für eine Kostenstelle festgestellte Anteil nicht DRG-relevanter Leistungen dient als Grundlage für den auszugliedernden Kostenumfang. Die wesentlichen Ausgliederungstatbestände werden in Kap. 4.4.2 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 DRG-relevanter Aufwandsarten

Vor Beginn der Kalkulationsarbeiten sind die Aufwandsarten in der Finanzbuchhaltung auf DRG-Relevanz zu prüfen. Als nicht DRG-relevant 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 DRG-relevant sind (Erläuterungen dazu in Kap. 4.4.1.4).

*Bestimmte Aufwandsarten werden bei der Ermittlung der Fallkosten 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 DRG-relevanten 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 DRG-relevanter Aufwendungen ein.
- ☒ In der Kostenstellenrechnung: Richten Sie – sofern noch nicht geschehen – eine Abgrenzungskostenstelle für nicht DRG-relevante Aufwendungen ein.

**4.4.1.2 Periodenfremde und außerordentliche Aufwendungen**

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

*Periodenfremde und außerordentliche Aufwendungen sind nicht DRG-relevant*

**Hinweis:**


- ❶ Im KHG wird häufig der Begriff der „pflegesatzfähigen 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 pflegesatzfähig 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 DRG-relevante Kosten.
- § Ein Lieferant hatte im Jahr vor der Ermittlung der Fallkosten 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 Fallkosten 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 DRG-relevant in die Kalkulationsbasis einbezogen. Aufwendungen für Rückstellungen für andere Sachverhalte werden in der Kalkulation nicht berücksichtigt und sind als nicht DRG-relevante Aufwendungen auszugliedern.

DRG-relevant 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 DRG-relevant*

Dazu sind die Zuführungsbeträge mindestens nach den definierten Kostenartengruppen für Personalkosten zu differenzieren (d.h. ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Funktionsdienst/medizinisch-technischer Dienst) 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 Dienstartgruppen erfolgen oder
- (Priorität 2) eine lineare Verteilung anhand der Gesamtpersonalkosten vorgenommen werden.

Die DRG-relevanten 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 DRG-relevanter 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 DRG-relevanten 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 DRG-relevante Aufwandsarten

Einzelne Aufwandsarten tragen von vornherein einen nicht DRG-relevanten 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 DRG-relevanten Kosten nicht erforderlich.

##### **Kontengruppe 70 (Zentrale Dienstleistungen)**

Die in dieser Kontengruppe gebuchten Aufwendungen können nur dann DRG-relevante 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 DRG-relevant. Dies gilt auch dann, wenn Festwerte gebildet wurden.

##### **Kontengruppe 72 (Instandhaltung)**

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

In einigen Bundesländern werden Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen über Einzelförderung gefördert. Da ein einheitliches Vorgehen erforderlich ist, werden Instandhaltungsaufwendungen bei der Ermittlung der Fallkosten 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 Fallkosten werden Steuern, Abgaben und Versicherungen nicht berücksichtigt, die ausschließlich Betriebsteile des Krankenhauses betreffen, die keine allgemeinen Krankenhausleistungen erbringen. Nicht zu den DRG-relevanten 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 Fallkosten nicht ein.

Zinsaufwendungen sind DRG-relevante 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 Fallkosten nicht zu berücksichtigen.

### **Kontengruppe 76 und 77 (Abschreibungen)**

Abschreibungen dürfen bei Ermittlung der Fallkosten nur berücksichtigt werden, soweit sich aus diesem Abschnitt DRG-Relevanz ergibt und die Abschreibungen keinen neutralen Aufwand darstellen.

Einzel- und Pauschalwertberichtigungen auf Forderungen sind bei Ermittlung der Fallkosten 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 Fallkosten ein. Zu berücksichtigen sind beispielsweise die Abschreibungen, die regelmäßig im Lager für Schwund und Verderb anfallen. Nicht berück-

sichtigt werden dürfen dagegen Abschreibungen, die beispielsweise aufgrund eines Einbruchs in der Hauptkasse notwendig werden.

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

Abschreibungen auf Sachanlagen bei teilweise oder nicht geförderten Krankenhäusern werden im Rahmen der Fallkostenkalkulation 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 Fallkosten nicht zu berücksichtigen.

Ebenfalls nicht DRG-relevant sind Abschreibungen auf Forderungen.

#### **Hinweise:**

- ❶ Investitionsgüter werden oftmals aus Eigenmitteln finanziert oder geleast bzw. gemietet, wenn eine Finanzierung über Einzelfördermittel oder pauschale Fördermittel nicht möglich ist. Abschreibungen auf eigenfinanzierte Investitionen werden bei Ermittlung der Fallkosten nicht berücksichtigt.
- ❶ Leasingaufwendungen gehören in die Kalkulation, wenn der Leasinggegenstand nicht in der Bilanz des Krankenhauses aktiviert wird. Mietaufwendungen werden berücksichtigt, wenn die für den Mietgegenstand übliche Miethöhe nicht wesentlich überschritten wird.

#### **Kontengruppen 78 und 79 (Sonstige ordentliche und übrige Aufwendungen)**

Anhand der in Kapitel 3.1 dargestellten Definition der DRG-relevanten Kosten ist im Einzelfall zu prüfen, ob die in den Kontengruppen 78 und 79 dargestellten Aufwandsarten bei Ermittlung der DRG-relevanten Kosten zu berücksichtigen sind. In der Kontengruppe 78 können beispielsweise Sachmittel für Ausbildungsstätten enthalten sein, die auszugliedern und getrennt zu übermitteln sind. Die Kontengruppe 79 besteht in der Regel aus nicht DRG-relevanten Aufwendungen.


#### **Kontengruppe 88 (Kalkulatorische Kosten)**

Kalkulatorische Kosten sind grundsätzlich nicht DRG-relevant.

**Hinweis:**

- ❶ Nicht DRG-relevant 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 DRG-relevante Aufwendungen enthalten.
- ☒ In der Kostenartenrechnung: Buchen Sie die nicht DRG-relevanten Aufwendungen auf das Ausgleichskonto um.
- ☒ In der Kostenstellenrechnung: Entlasten Sie die übrigen Kostenstellen um die nicht DRG-relevanten 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 DRG-relevanten Kosten auf Kostenstellenebene erforderlich sind. Dazu sind zunächst alle Kostenstellen nach ihrem Kostenträgerbezug zu kategorisieren. Zusätzlich ist der DRG-relevante Leistungsumfang je Kostenstelle zu bestimmen, um auf dieser Grundlage die nicht DRG-relevanten Kostenanteile ermitteln und ausgliedern zu können. Für die erforderlichen Ausgliederungen werden sachgerechte Verfahrensweisen erläutert.

##### **4.4.2.1 Definition von Kostenstellenkategorien**

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

### Direkte und indirekte Kostenstellen

Kostenstellen, die DRG-relevante 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 Pflegefachbereiche, der OP-Bereich und das Labor.
- Bei indirekten Kostenstellen besteht demgegenüber kein direkter medizinisch-pflegerischer Leistungsbezug zu Patienten. Zu den indirekten Kostenstellen gehören beispielsweise die Zentralsterilisation, die Küche und die Krankenhausverwaltung.

*Kategorisierung der Kostenstellen nach dem Kostenträgerbezug*

### 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 Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes oder des Funktionsdienstes beschäftigt sind (z.B. Zentralsterilisation).
- Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur beschäftigen dagegen Mitarbeiter der genannten Dienstarten nicht oder nur in geringem Umfang (z.B. Küche).

### Abzugrenzende Kostenstellen

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

*Abzugrenzende Kostenstellen enthalten ausschließlich nicht DRG-relevante Aufwendungen*

### Gemischte Kostenstellen

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

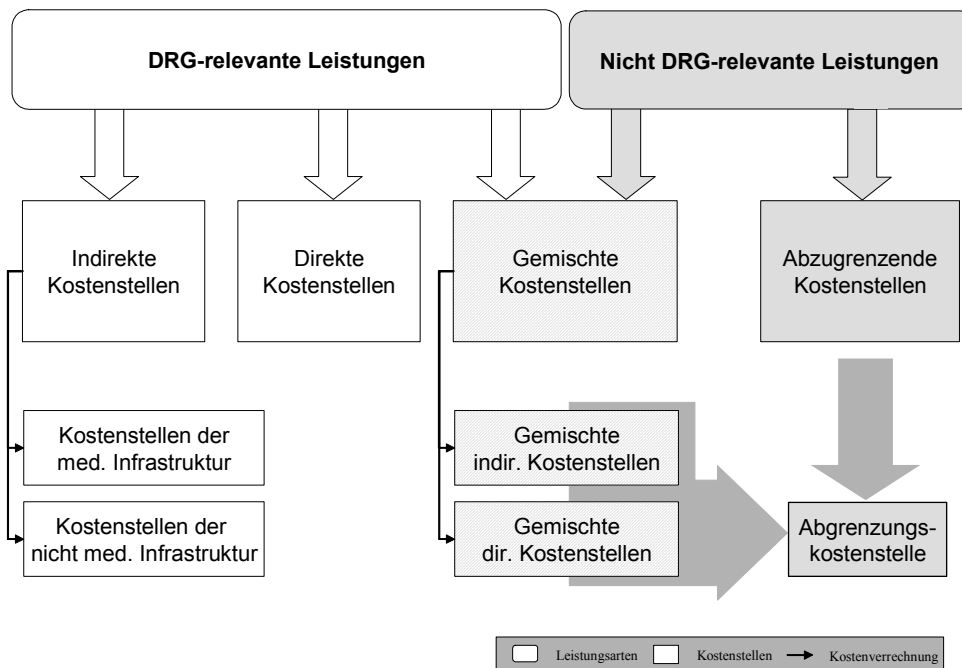
Die Kostenstellen sind vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung in direkte Kostenstellen, indirekte Kostenstellen der medizinischen Infrastruk-

*Gemischte Kostenstellen erbringen neben DRG-relevanten Leistungen auch nicht DRG-relevante Leistungen*


tur 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 DRG-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.

##### **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 die Zentralsterilisation 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 Röntgenabteilung werden stationäre Patienten und ambulante Notfallpatienten behandelt. Die Kostenstelle „Röntgenabteilung“ ist den gemischten direkten Kostenstellen zuzuordnen.
- § Im zentralen OP-Bereich werden ausschließlich stationäre Patienten operiert. Die Kostenstelle „Zentraler OP-Bereich“ ist damit eine direkte Kostenstelle.

**Hinweise:**

- ❶ 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).
- ❷ 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.
- ❸ Im Kostenstellenbereich 92 werden zum Teil gemeinsame Kostenstellen gebildet, die den Charakter einer Sammelkostenstelle tragen (z.B. „Gemeinsame Kostenstelle Funktionsdiagnostik“ mit zusätzlich eingerichteten Kostenstellen für einzelne Untersuchungsbereiche). Diesen gemeinsamen Kostenstellen werden Kosten zugerechnet, die mehrere Untersuchungs- oder Behandlungskostenstellen betreffen. Gemeinsame Kostenstellen sind den indirekten Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur zuzuordnen.
- ❹ 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 Kostenstellen in den Kostenstellenbereichen 93 bis 95 gehören zu den direkten Kostenstellen. Eine Ausnahme stellt die Kostenstelle 956 (Psychiatrie) als abzugrenzende Kostenstelle dar.

Pflegefachbereiche mit Belegbetten gehören ebenfalls zu den direkten Kostenstellen, unabhängig davon, in welchem Umfang Betten von Belegpatienten in Anspruch genommen werden (einzelne Betten einer Station, eine gesamte Station, eine gesamte Abteilung).

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 DRG-relevanten auch nicht DRG-relevante Patienten behandelt werden. Sie sind dann ggf. als gemischte Kostenstellen zu kennzeichnen oder – soweit keine DRG-relevanten 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 DRG-Systems fallen. Diese Kostenstellen sind daher abzugrenzende Kostenstellen.

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

**4.4.2.3 Grundsätze für die Ausgliederung nicht DRG-relevanter Aufwendungen auf gemischten Kostenstellen**

Maßgeblich für die Ausgliederung ist der am gesamten Leistungsvolumen gemessene prozentuale Anteil der von der Kostenstelle erbrachten nicht DRG-relevanten Leistungen. Dabei sind die Einzelleistungen der Kosten-

*Die Ausgliederung erfolgt anhand des Anteils der nicht DRG-relevanten Leistungen an der Gesamtleistung der Kostenstelle*

stelle mit dem für ihre Erstellung verbundenen Ressourcenverzehr zu gewichten. In die Gesamtleistung der Kostenstelle sind auch solche nicht DRG-relevanten Leistungen einzubeziehen, deren Kosten im Rahmen der Kalkulation übermittelt werden (vgl. Tab. 2 in Kap. 3.1).

In der Regel erfolgt für nicht DRG-relevante 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 DRG-relevanten Leistungen an der Gesamtzahl der erbrachten Leistungen dürfen nur Leistungen des Datenjahres berücksichtigt werden, das der Ermittlung der Fallkosten 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 DRG-relevanten 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 DRG-relevante 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 DRG-relevanten Kosten wird über die empfangende Kostenstelle vorgenommen.

**Beispiele:**

- § Mitarbeiter des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes reinigen neben dem Krankenhausgebäude auch das benachbarte Altenheim. Da an die Reinigung von Flächen in einem Krankenhaus (z.B. Intensiv-, OP-Abteilung) andere Anforderungen als an die für ein Altenheim zu erbringenden Leistungen gestellt werden, ist die Arbeitsleistung „Reinigungsfläche in Quadratmetern“ entsprechend zu gewichten. Als Gewichtungskriterien bieten sich z.B. die Reinigungshäufigkeit pro Woche oder die zu erbringende Reinigungsleistung pro Stunde an. Die Kosten für die gewichteten Reinigungsleistungen für das Altenheim sind nicht DRG-relevant und auszugliedern.
- § 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 DRG-relevante Kosten abzugrenzen. Die Entlastung findet gleichmäßig über alle Kostenarten statt.


**Hinweise und Beispiele für direkte gemischte Kostenstellen****Hinweise:**



- ① Vor Ermittlung der Ausgliederungsbeträge für nicht DRG-relevante 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 DRG-relevanten Leistungsanteils in der Kostenstelle sind die für den jeweiligen Leistungsbereich vorgegebenen Bezugsgrößen (vgl. Anl. 5) anzuwenden.
- ① Der festgestellte Anteil der nicht DRG-relevanten 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.

### Beispiele:

- § Das Labor erbringt Spezialuntersuchungen für die Abteilung Innere Medizin, Bereich Knochenmarktransplantation, eines benachbarten Krankenhauses. Die Kosten für diese Leistungen sind grundsätzlich nicht DRG-relevant und müssen abgegrenzt werden. Am 27. Dezember des Datenjahres wurden 32 sehr kostenintensive Spezialuntersuchungen in Auftrag gegeben, von denen 15 Leistungen am 30. Dezember des Datenjahres und 17 Leistungen am 3. Januar des Folgejahres erbracht wurden. Um die nicht DRG-relevanten Kosten für diese Leistungen an Dritte (vgl. Kap. 4.4.3.8) periodengerecht abgrenzen zu können, dürfen die noch im Datenjahr erbrachten Leistungen nicht in die Leistungsstatistik für das Folgejahr einfließen.
- § Die Röntgenabteilung eines kleineren Krankenhauses 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 Röntgenabteilung 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.
- § Eine Verfeinerung der Kostenabgrenzung kann erreicht werden, wenn bei der Bewertung der Leistungspunkte Unterschiede der Kostenintensität (Zeitaufwand, Materialeinsatz etc.) in der Erbringung von identischen Leistungen für ambulante und stationäre Patienten berücksichtigt werden. So können beispielsweise die Leistungspunkte der ambulanten Patienten mit einem Mobilitätsfaktor von 0,8 gewichtet werden. Somit würde in die Kalkulation einfließen, dass die Leistungserbringung (z.B. aufgrund der größeren Beweglichkeit der ambulanten Patienten) weniger aufwendig ist.

### Arbeitsschritte:

-  Kennzeichnen Sie die gemischten Kostenstellen im Kostenstellenplan der DRG-Dokumentation.
- ☒ Ermitteln Sie anhand der Leistungsstatistiken der einzelnen Kostenstellen jeweils den Anteil der nicht DRG-relevanten 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 DRG-relevanten Leistungsanteils zur DRG-Dokumentation.
-  Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachvollziehen zu können. Aus der Dokumentation sollte die Vorgehensweise bei der Ausgliederung der nicht DRG-relevanten Aufwendungen im Einzelnen ersichtlich sein.

### **4.4.3 Beispiele für die Ermittlung der DRG-relevanten Kosten auf Kostenstellenebene**

#### **4.4.3.1 Ambulante Leistungen**

Die hier beschriebene Vorgehensweise ist analog auf folgende Ausgliederungstatbestände anwendbar:

- Leistungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme gemäß § 137f SGB V
- Leistungen für Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 111 SGB V
- Patientenbehandlungen, deren Kosten die gesetzliche Unfallversicherung trägt
- Leistungen für ausländische Patienten (vgl. Kap. 7.4)

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 DRG-relevant*

#### **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 gewichteten 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. Unter Berücksichtigung des Umstands, dass gleiche Untersuchungen bei stationären und ambulanten Patienten u.a. wegen des wesentlich geringeren Mobilitätsgrades der stationären Patienten vom Zeitaufwand unterschiedlich sind, ist bei der Ermittlung der DRG-relevanten Kosten und Leistungen eine separate Gewichtung der stationären Leistungen vorzunehmen. Dies kann beispielsweise durch die Festlegung eines krankenhausindividuellen Mobilitätsfaktors erfolgen.

### **Priorität 3: Abgrenzung ohne gewichtete Leistungsstatistiken**

Fehlen im Krankenhaus die notwendigen Informationen für eine Gewichtung der stationären Leistungen, so erfolgt die Kostenabgrenzung auf der Basis ungewichteter Leistungsstatistiken.

### **Priorität 4: 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:***

- ❶ Auszugliedern sind auch ambulante Leistungen, die in anderen Untersuchungs- und Behandlungsbereichen des Krankenhauses erbracht werden.
- ❷ Den nicht DRG-relevanten Leistungen sind auch die ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V zuzurechnen.

#### ***Beispiele:***

- ❸ Falls im Krankenhaus keine Ambulanzkostenrechnung existiert, werden die nicht DRG-relevanten Leistungen für ambulante Patienten mit Hilfe gewichteter Leistungsstatistiken abgegrenzt. 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 Leis-

tungspunkte entspricht. 182.000 Punkte oder 33,33% der Gesamtleistung der Kostenstelle fielen auf die Behandlung der stationären Fälle. 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.

- § Bei einer Gewichtung der Leistungspunkte werden Unterschiede der Kostenintensität (z.B. Zeitaufwand, Materialeinsatz) in der Erbringung von identischen Leistungen für ambulante und stationäre Patienten berücksichtigt. Beispielsweise können die Leistungspunkte bei ambulanten Patienten mit einem Mobilitätsfaktor von 0,8 gewichtet werden. Bei Fortsetzung des obigen Beispiels ergibt sich unter Berücksichtigung des Mobilitätsfaktors von 0,8 eine neue Gesamtzahl der Leistungspunkte in Höhe von 473.200 ( $= 0,8 * 364.000 + 182.000$ ). Damit beträgt der Anteil für ambulante Behandlungen nunmehr 61,54%. Als Ausgliederungsbetrag ergibt sich bei gleichbleibenden Gesamtkosten 289.238 GE. Der Ausgliederungsbetrag ist hier niedriger als ohne die Gewichtung, da in die Kalkulation einfließt, dass die Leistungserbringung (z.B. aufgrund der größeren Beweglichkeit) bei ambulanten Patienten weniger aufwendig ist.
- § Fehlen die zur Gewichtung der stationären Leistungen notwendigen Informationen, so erfolgt die Kostenabgrenzung anhand ungewichteter Leistungsstatistiken. Beispielsweise dient die Notfallambulanz eines Krankenhauses gleichzeitig als zentrale Aufnahmestation. Die Leistungen der Notfallambulanz werden nach einem Hauskatalog dokumentiert. In dem Hauskatalog ist jeder Leistung in Abhängigkeit vom Ressourcenverbrauch eine Punktzahl zugeordnet. Die Gesamtsumme der im Datenjahr erbrachten Leistungen wurde nach dem Hauskatalog mit 60.000 Punkten bewertet, davon entfielen auf stationäre Behandlungsfälle 40.000 Punkte (das entspricht 66,67% der Gesamtleistung) und auf ambulante 20.000 Punkte (33,33%). Der Kostenstelle Notfallambulanz wurden im Datenjahr Kosten in Höhe von 250.200 GE zugeordnet. Für die Leistungen an ambulanten Patienten sind Kosten in Höhe von 166.808 GE ( $= 250.200 * 0,6667$ ) als nicht DRG-relevante Aufwendungen auszugliedern.
- § In einem Krankenhaus werden keine Leistungsstatistiken geführt, so dass das Erlösabzugsverfahren zur Abgrenzung der nicht DRG-relevanten 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 DRG-relevant abgegrenzt.

#### 4.4.3.2 Leistungen im Rahmen der Belegversorgung

Die Kosten für im Rahmen der Belegversorgung im Krankenhaus tätiges Belegpersonal sind nicht DRG-relevant. Bei der Ermittlung des auszugliedernden Kostenvolumens sind die gesetzlichen Vorgaben des § 18 Abs. 1 KHEntgG zwingend zu beachten.

#### 4.4.3.3 Leistungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Die hier beschriebene Vorgehensweise ist analog auf folgenden Ausgliederungstatbestand anwendbar:

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

Leistungen, die in psychiatrischen Einrichtungen nach § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) erbracht werden, sowie Leistungen der Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin sind gemäß § 17b Abs. 1 KHG nicht in das DRG-System einzubeziehen.

*Leistungen in psychiatrischen Einrichtungen sind grundsätzlich nicht DRG-relevant*

Sofern das Krankenhaus über entsprechende Einrichtungen verfügt, sind deren Kosten als nicht DRG-relevant auszugliedern.

Häufig sind an der Behandlung eines Patienten sowohl somatische Abteilungen als auch Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik oder Psychotherapie beteiligt. Die daraus resultierenden Leistungsverflechtungen zwischen den genannten Leistungsbereichen sind im Rahmen der Fallkostenkalkulation wie folgt zu berücksichtigen:

#### Inanspruchnahme von Einzelleistungen

- Anforderung von Leistungen der Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie durch den somatischen Bereich

Die Kosten dieser Leistungen sind DRG-relevant und in die Fallkostenkalkulation einzubeziehen. In aller Regel sind dies ärztliche Konsiliarleistungen. Damit sind die in Kap. 7.4 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. Psychotherapeuten, Logopäden) erbracht werden.

*Für somatische Patienten erbrachte Einzelleistungen der Psychiatrie sind in die Kalkulation einzubeziehen*



Besteht in einem Krankenhaus eine enge Verflechtung mit hohem Leistungsaustausch (z.B. zwischen einer neurologischen und einer psychiatrischen Fachabteilung), ist für die darin einbezogene(n) Kostenstelle(n) eine leistungsgerechte Teilung in eine Kostenstelle für den somatischen und eine für den nicht somatischen 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 somatischer Bereiche durch Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie

Die Kosten dieser im somatischen Bereich erbrachten Leistungen (z.B. diagnostische und therapeutische Untersuchungen und Behandlungen, kleinere Eingriffe) sind nicht DRG-relevant und daher auszugliedern (zur Vorgehensweise vgl. die Erläuterungen zur Ausgliederung der Kosten ambulanter Leistungen in Kap. 4.4.3.1).

### **Verlegungen während eines stationären Aufenthalts**

Für die Fallkostenkalkulation gilt der Grundsatz, dass jeder Teilaufenthalt im somatischen Leistungsbereich in die DRG-Kalkulation einzubeziehen ist, während jeder Teilaufenthalt in Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik oder Psychotherapie als nicht DRG-relevant unberücksichtigt bleibt.

Im DRG-Datensatz gemäß § 21 KHEntgG ist das entsprechende Kennzeichen für den Entlassungs-/Verlegungsgrund anzugeben. Insbesondere ist darauf zu achten, dass die Anzahl der Belegungstage des Patienten in einem nicht DRG-relevanten Entgeltbereich im Datenfeld „Belegungstage außerhalb KHEntgG“ bei interner Verlegung und im Datenfeld „Tage der Beurlaubung/ohne Behandlung“ bei externer Verlegung übermittelt wird.

Bei Wiederaufnahmen gemäß Abrechnungsregeln sind auch die Kosten der darunter fallenden Teilaufenthalte in einem Falldatensatz zusammenzuführen.

#### 4.4.3.4 Forschung und Lehre

Die hier beschriebene Vorgehensweise ist analog auf folgenden Ausgliederungstatbestand anwendbar:

- Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 KHEntgG

Kosten, die für Leistungen im Rahmen von Forschung und Lehre anfallen, sind als nicht DRG-relevant 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 aus-  
gegliedert*

#### 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 For-  
schung und Lehre sind  
abzugrenzende Kosten-  
stellen*

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:**

- ❶ 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.

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.

*Grundlage für die Ausgliederung der Personalkosten ist der Zeitbedarf für Forschung und Lehre*

**Hinweise:**

- ❶ Bei Ermittlung der durchschnittlichen Personalkosten je Vollzeithkraft sind neben den Löhnen und Gehältern auch die Sozialabgaben, die Altersversorgung sowie Beihilfen und Unterstützungen zu berücksichtigen (Kontengruppe 60 bis 64).
- ❷ 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.
- ❸ 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:**

- ❶ In einigen Universitätsklinikern 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 DRG-relevanten 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:

*Bei fehlenden Daten-  
grundlagen beruht die  
Ausgliederung auf  
einer Schätzung*

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.

**Hinweis:**

- 📄 Die Vorgehensweise bei der Ausgliederung der nicht DRG-relevanten Aufwendungen in Zusammenhang mit Forschung und Lehre ist in der DRG-Dokumentation darzustellen.

**4.4.3.5 Besetzung eines Notarztwagens**

Die vom Notarzt erbrachten Leistungen gehören nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, da die Kosten dem Krankenhaus durch die Träger des Rettungsdienstes erstattet werden. Die dem Krankenhaus in Zusammenhang mit der Besetzung des Notarztwagens entstehenden Kosten sind daher als nicht DRG-relevante Aufwendungen auszugliedern.

Sind die Kosten in Zusammenhang mit der Besetzung des Notarztwagens auf eine gesonderte Kostenstelle gebucht, wird diese als abzugrenzende Kostenstelle markiert. Andernfalls sind Kosten in Zusammenhang mit der Besetzung des Notarztwagens von den Kostenstellen auszugliedern, auf denen die Personalkosten der Diensthabenden gebucht sind. Grundlage für die Kostenausgliederung ist die zeitliche Inanspruchnahme der Diensthabenden im Rahmen des Notarztdienstes.

*Ausgegliedert werden insbesondere Personalkosten für den Notarztdienst*

Bei der Ausgliederung ist zu unterscheiden, ob in den Dienstplänen der Ärzte ein gesonderter Notarztdienst geplant wird oder ob ein Arzt neben einem Vordergrunddienst im Krankenhaus den Notarztdienst übernimmt. Wird ein gesonderter Notarztdienst geplant, ergibt sich die zeitliche Inanspruchnahme aus der Dienstzeit des Notarztes unter Berücksichtigung der Bereitschaftsdienststufe. Wird der Notarztdienst parallel zu einem Vordergrunddienst im Krankenhaus geleistet, ist die zeitliche Inanspruchnahme für Notarzteinsätze anteilig zu ermitteln. Die Ermittlung kann auf der Grundlage einer mitarbeiterbezogenen Zeiterfassung beispielsweise zur Bestimmung der Bereitschaftsstufen erfolgen. Liegen die Ergebnisse einer mitarbeiterbezogenen Zeiterfassung oder Leistungsstatistiken der Diensthabenden als Grundlage der Kostenausgliederung nicht vor, ist die zeitliche Inanspruchnahme für den Notarztdienst überschlägig abzuschätzen.

#### **Hinweise:**

- ❶ Ist eine Ausgliederung der Kosten für den Notarztdienst nach den oben beschriebenen Methoden nicht möglich, können Kosten für den Notarztdienst in Höhe der Kostenerstattung ausgegliedert werden (Erlösabzugsverfahren).
- ❶ Tariflich vereinbarte Zuschläge werden bei der Ermittlung des Ausgliederungsbetrags berücksichtigt, soweit kein Freizeitausgleich für geleistete Dienste erfolgt. Auf die Berücksichtigung von Zuschlägen kann verzichtet werden, wenn diese mit einem unvertretbar hohen Arbeitsaufwand verbunden wäre.

#### **4.4.3.6 Ergänzende Leistungsbereiche**

Eine zunehmende Anzahl von Krankenhäusern verfügt über angeschlossene Stationen, auf denen rehabilitative Leistungen und Pflegeleistungen erbracht werden. Darüber hinaus verfügen Krankenhäuser teilweise über angeschlossene Sozialstationen. Reha-Leistungen, Pflegeleistungen und Leistungen von Sozialstationen sind nicht der allgemeinen Krankenhausversorgung zuzurechnen. Die mit der Erbringung dieser Leistungen verbundenen Kosten sind daher auszugliedern.

*Ergänzende Leistungsbereiche sind z.B. Reha-Abteilungen, Pflegeheime oder angegliederte Sozialstationen*

In der Regel sind die Kosten entsprechender Einrichtungen auf gesonderte Kostenstellen gebucht. Werden die Kosten dagegen Kostenstellen zugeordnet, die auch Kosten für die allgemeine Krankenhausbehandlung enthalten, erfolgt eine anteilige Ausgliederung der nicht DRG-relevanten Aufwendungen.

*Ergänzende Leistungsbereiche sind nicht DRG-relevant*

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:**

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

#### **4.4.3.7 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 Per-

sonaleinsatz 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).

#### 4.4.3.8 Leistungen an Dritte

Kosten für Leistungen an Dritte sind vor der Ermittlung der Fallkosten 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, Sterilisation	Leistungen für andere Krankenhäuser
Apotheke	Versorgung eines anderen Krankenhauses mit Medikamenten, Ausgabe von Medikamenten an Mitarbeiter des Krankenhauses
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	Auftragsfertigung für Dritte
Abteilung Pädiatrie	Externe Konsile für benachbarte Entbindungsklinik

Die Ausgliederung der nicht DRG-relevanten 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
Sterilisation	Sterilguteinheiten, 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	Tätigkeitszeiten, Umsatz mit Dritten	Dienstpläne, Kostenstellenblatt

Bei der Ausgliederung der nicht DRG-relevanten 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.



**Hinweis:**

- ❶ 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

**4.4.3.9 Personalgestellung an Dritte**

Kosten für die Personalgestellung an Dritte sind als nicht DRG-relevante 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:**

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

- ❸ 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 Höhe der Bruttopersonalkosten, die im Krankenhaus als sonstiger betrieblicher Ertrag gebucht wird. Die Bruttopersonalkosten einer Pflegekraft liegen bei 48.000 GE. Auszugliedern sind die nicht DRG-relevanten Aufwendungen in Höhe von 192.000 GE ( $= 4 \cdot 48.000$  GE) für die Personalgestellung.

#### 4.4.3.10 Speisenversorgung

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

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

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

*DRG-relevant sind nur die Kosten für die Verpflegung von voll- und teilstationären Patienten*

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

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

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 DRG-Patienten mit den Kosten je gewichteter Mahlzeit ergeben sich die DRG-relevanten Kosten der Kostenstelle. Auszugliedern ist der Differenzbetrag zwischen den gesamten Kosten der Kostenstelle und den DRG-relevanten 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:

<b>Empfänger</b>	<b>Zahl der Mahlzeiten</b>		
	<b>Frühstück</b>	<b>Mittagessen</b>	<b>Abendbrot</b>
<b>Stationäre Patienten</b>	16.000	18.000	15.500
<b>Mitarbeiter</b>	5.600	11.300	3.800
<b>Altenpflegeheim</b>	6.570	6.570	6.570
<b>Summe</b>	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:

<b>Empfänger</b>	<b>Zahl der gewichteten Mahlzeiten</b>			
	<b>Frühstück</b>	<b>Mittagessen</b>	<b>Abendbrot</b>	<b>Summe</b>
<b>Stationäre Patienten</b>	3.200	9.000	4.650	16.850
<b>Mitarbeiter</b>	1.120	5.650	1.140	7.910
<b>Altenpflegeheim</b>	1.314	3.285	1.971	6.570
<b>Summe</b>	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 Speisenversorgung für Mitarbeiter und für das Altenpflegeheim in einem Umfang von 92.440 GE ( $= 0,4622 * 200.000$ ) auszugliedern.

#### **Hinweise:**

- ❶ Liegen für die Kostenstelle „Speisenversorgung“ keine Leistungsstatistiken vor, ist eine aufwandsgerechte Schätzung durchzuführen.
- ❶ Sollte für die Kostenstelle „Speisenversorgung“ keine aufwandsgerechte Schätzung möglich sein, ist hilfsweise eine Ausgliederung von nicht DRG-relevanten Aufwendungen in Höhe der Erstattungsbeträge für nicht DRG-relevante Leistungen zulässig (Erlösabzugsverfahren).

#### 4.4.3.11 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, Einzelhandelsfiliale oder Blumengeschäft. Kosten in Zusammenhang mit Nebenbetrieben sind grundsätzlich nicht DRG-relevant.

*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 DRG-relevante Aufwendungen enthalten, erfolgt eine anteilige Ausgliederung. Grundlage der Ausgliederung sind Statistiken, die eine verursachungsgerechte Kostenzuordnung ermöglichen.

#### 4.4.3.12 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 DRG-relevanten Aufwendungen. Häufige Beispiele sind Personalwohnheime oder in Kooperation genutzte medizinische Großgeräte.

*Kosten in Zusammenhang mit Vermietung und Verpachtung werden ausgegliedert*

Grundlage für die Ermittlung des Anteils der nicht DRG-relevanten 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 DRG-relevanten Aufwendungen zeitanteilig auszugliedern.

- ① Soweit eine verursachungsgerechte Kostenausgliederung auf Kostenstellenebene 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.
- ① 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 DRG-relevante Kosten auszuweisen sind die an den Dritten zu bezahlenden Entgelte.

**Beispiel:**

- § Im Krankenhausgebäude (6.000 qm Nutzfläche) ist ein abgeschlossener Bereich (400 qm Nutzfläche, das entspricht 6,67% der Gesamtnutzfläche des Gebäudes) an einen Orthopädietechniker 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 ( $= 0,0667 \cdot 192.000 \text{ GE}$ ) auszugliedern.

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

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. Vor diesem Hintergrund sind die Kosten der Ausbildungsstätten auszugliedern und in einer separaten Datei ausbildungsberufsbezogen im Rahmen des § 21 KHEntgG zu übermitteln.

*Die Kosten der Ausbildungsstätten werden gesondert übermittelt*

**Hinweis:**

- ① Die Kostenstelle „Ausbildungsstätten“ ist vor der Übermittlung ausbildungsberufsbezogener Kosten anteilig mit den Kosten vorgelagerter Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur zu belasten.

- ❶ Die Personalkosten für Praxisanleiter/Mentoren sowie die anfallenden Fortbildungskosten für diese Mitarbeiter sind der Kostenstelle „Ausbildungsstätten“ zuzuordnen.

### Beispiele:

- § 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 ( $= 0,05 * 31.250 \text{ GE}$ ) an Gebäudekosten zuzuordnen. Die Gebäudekostenstelle wird parallel um den Anteil nicht DRG-relevanter Aufwendungen für die Ausbildungsstätten entlastet.
- § 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 ( $= 220 \text{ Tage} * 7,5 \text{ Std/Tag} = 1.650 \text{ Arbeitsstd./Jahr}$ ) einen Stundensatz in Höhe von 27,27 GE ( $= 45.000 \text{ GE} / 1.650$ ). Im Ergebnis ist ein nicht DRG-relevanter Betrag für die Praxisanleitungstätigkeit in Höhe von 109.080 GE ( $= 4.000 * 27,27 \text{ GE}$ ) auszugliedern.

### Ausbildungsmehrvergütungen

Die nach den Regelungen des § 17a KHG finanzierten Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen werden ebenfalls ausgegliedert und 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 examinerten 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 DRG-relevant abzugrenzen.

**Beispiel :****§** Berechnung von DRG-relevanten 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 Vollzeitkraft (VK) im Pflegedienst	40.000 GE
Differenz (95.000 GE – 40.000 GE)	55.000 GE
Auszugliedernde Ausbildungsvergütungen (55.000 GE / 9,5 VK * 50 VK)	289.474 GE
<b>DRG-relevante Ausbildungsvergütungen (40.000 GE / 9,5 VK * 50 VK)</b>	<b>210.526 GE</b>

Von der Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ sind damit 289.474 GE als nicht DRG-relevante Ausbildungsmehrkosten auszugliedern und separat zu übermitteln. Die übrigen DRG-relevanten 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 DRG-relevanten Ausbildungsvergütungen. Die Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ ist entsprechend von DRG-relevanten Ausbildungsvergütungen zu entlasten.

**Hinweise:**

- ❶ Die Kosten der Unterbringung von Auszubildenden sind als nicht DRG-relevante Aufwendungen von den Kostenstellen für Ausbildungsstätten auszugliedern.
- ❶ Die Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ nimmt an der Kostenstellenverrechnung nur als empfangende Kostenstelle teil.
- ❶ Betreibt ein Krankenhaus mehrere Ausbildungsstätten, sind im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG die Angaben für verschiedene Ausbildungsstätten nicht in einer Gesamtsumme, sondern gesondert für jede einzelne Ausbildungsstätte (Ausbildungsberuf) zu übermitteln. Nähere Hinweise zur Datenübermittlung enthalten Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 21 KHEntgG sowie die einschlägigen Ausfüllhinweise.

- ❶ Sind für eine vom Krankenhaus betriebene Ausbildungsstätte mehrere Kostenstellen eingerichtet, sind die Kosten dieser Kostenstellen vor der Datenübermittlung zusammenzufassen.

#### **Arbeitsschritte:**

- ☑ 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 DRG-relevanten Ausbildungsvergütungen, soweit eine Zuordnung zur Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ erfolgt ist. Die DRG-relevanten 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 DRG-relevanten Ausbildungsvergütungen.
- ☑ Ordnen Sie der Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ Kosten von Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur anteilig zu, soweit die Kostenstelle „Ausbildungsstätten“ Leistungen von diesen Kostenstellen empfängt.
- ☑ Entlasten Sie die Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ ggf. von Aufwendungen, die nicht im Zusammenhang mit der Ausbildung von in § 2 Abs. 1a KHG genannten Berufen stehen.
- ☑ 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**

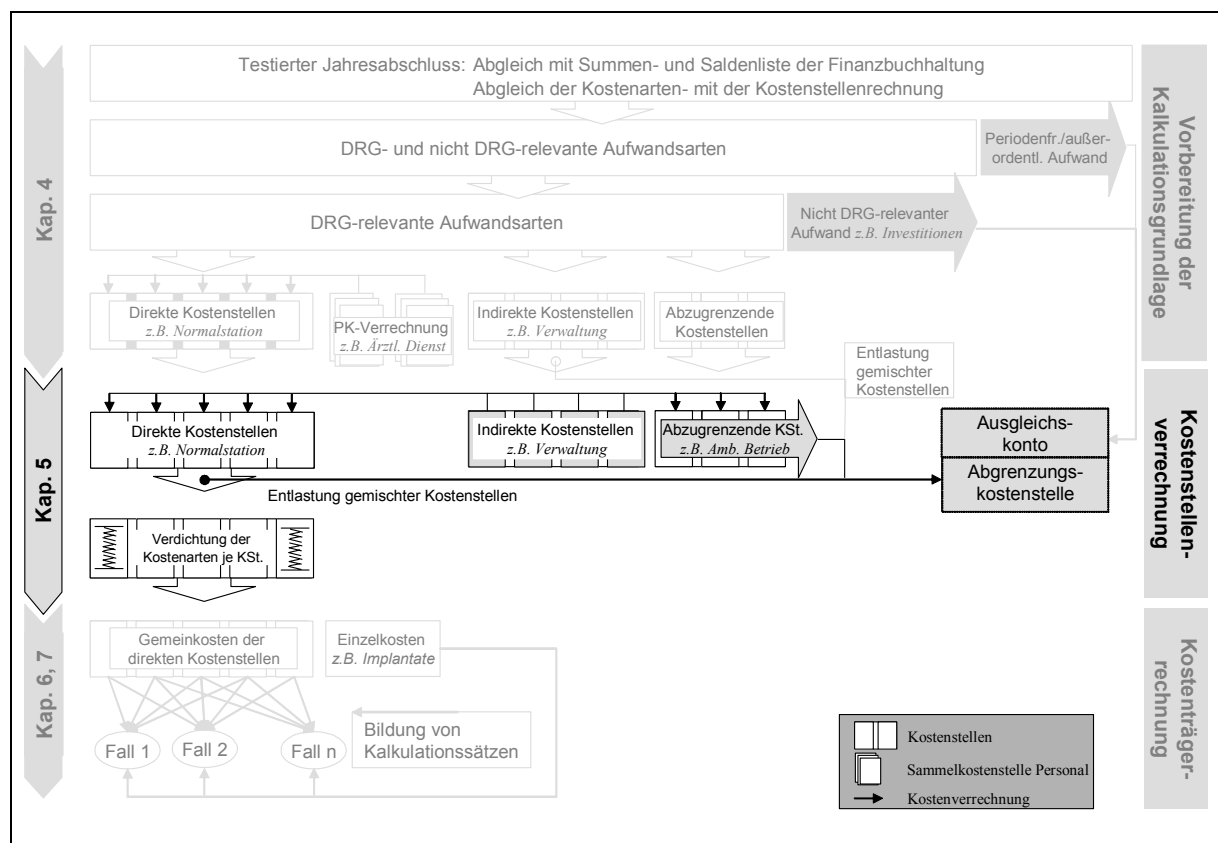
<b>Checkliste:</b> <b>Zentrale Arbeitsschritte zur Vorbereitung der Kalkulationsgrundlage</b>	
<b>Arbeitsschritte</b>	<b>Kapitel</b>
1. Prüfung der Vollständigkeit und Plausibilität der medizinischen Falldokumentation (ICD-, OPS-Kodes)	4.1.1.1
2. Prüfung der in den direkten Kostenstellen vorliegenden Verbrauchsdaten im Hinblick auf Fallbezug, 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"> <li>• mitarbeiterbezogene Zeiterfassung</li> <li>• andere geeignete Statistiken oder Schätzungen</li> </ul>	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 DRG-Relevanz der erbrachten Leistungen in jeder Kostenstelle, Bereinigung der Leistungsstatistik um nicht DRG-relevante 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 DRG-relevanten 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"> <li>• direkte Kostenstellen</li> <li>• indirekte Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur</li> <li>• indirekte Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur</li> <li>• abzugrenzende Kostenstellen</li> <li>• gemischte Kostenstellen</li> </ul>	4.4.2.1 4.4.2.2 4.4.2.3
16. Ermittlung des jeweiligen Anteils der nicht DRG-relevanten 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 DRG-relevanten Kostenanteils der Kostenstelle „Ausbildungsstätte“, Aufbereitung dieser Daten für die separate Übermittlung	4.4.4
18. Entlastung der Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ von DRG-relevanten Ausbildungsvergütungen und Zuordnung auf die Pflegefachbereiche, in denen die Auszubildenden eingesetzt sind (ist dies nicht möglich, erfolgt eine gleichmäßige Belastung der Pflegefachbereiche mit den DRG-relevanten 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 DRG-relevanten Kosten zu definierten Kostenartengruppen zusammengefasst. Auf dieser Grundlage erfolgt im Rahmen der Kostenträgerrechnung (Kap. 6) die Kostenzurechnung auf die einzelnen Behandlungsfälle. Abbildung 5 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:

<b>Überblick über die zentralen Kalkulationsschritte Kapitel 5:</b>	<b>Kapitel</b>
➤ 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 fallbezogenen 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 acht Kostenartengruppen zusammengefasst*

<b>Kostenartengruppe 1</b>	Personalkosten ärztlicher Dienst
<b>Kostenartengruppe 2</b>	Personalkosten Pflegedienst
<b>Kostenartengruppe 3</b>	Personalkosten des Funktionsdienstes und des medizinisch-technischen Dienstes
<b>Kostenartengruppe 4a</b>	Sachkosten für Arzneimittel
<b>Kostenartengruppe 4b</b>	Sachkosten für Arzneimittel (Einzelkosten/Istverbrauch)
<b>Kostenartengruppe 5</b>	Sachkosten für Implantate und Transplantate
<b>Kostenartengruppe 6a</b>	Sachkosten des medizinischen Bedarfs (ohne Arzneimittel, Implantate und Transplantate)


<b>Kostenartengruppe 6b</b>	Sachkosten des medizinischen Bedarfs (Einzelkosten/Istverbrauch; ohne Arzneimittel, Implantate und Transplantate)
<b>Kostenartengruppe 7</b>	Personal- und Sachkosten der medizinischen Infrastruktur
<b>Kostenartengruppe 8</b>	Personal- und Sachkosten der nicht medizinischen Infrastruktur

Im Rahmen der vorbereitenden Arbeiten sind im Krankenhaus die genannten acht Kostenartengruppen je direkter Kostenstelle einzurichten.

Jede Kostenart ist genau einer Kostenartengruppe zugeordnet. Die Verdichtung erfolgt anhand der Zuordnungsvorschrift in Anlage 4.1. 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).

#### **Arbeitsschritte:**

- ☒ Richten Sie in jeder direkten Kostenstelle die acht Kostenarten mit den Bezeichnungen „Kostenartengruppe 1“ bis „Kostenartengruppe 8“ ein.
- ☒ 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 DRG-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 Pflegedienstes. 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.

Die Umgliederung der den Sammelkostenstellen zugeordneten Personalkosten des ärztlichen Dienstes, Pflegedienstes sowie Funktionsdienstes bzw. medizinisch-technischen Dienstes erfolgt im Zuge der Personalkostenverrechnung (vgl. die Erläuterungen in Kap. 4.2).

Sachkosten für Medikamente, Implantate/Transplantate und übrigen medizinischen Sachbedarf 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.

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

#### **Beispiel:**

- ❖ Der „Allgemeinen Kostenstelle Innere Medizin“ sind Sachkosten in folgendem Umfang zugeordnet:

Allg. Kostenstelle Innere Medizin		
Kostenart	KoAGrp	Betrag
Medikamente	4a	88.000
Medikamente	4b	51.300
Übr. med. Sachbedarf	6a	115.570
Summe		254.870

Für die teuren Medikamente der Kostenartengruppe 4b gelten die Vorgaben der Einzelkostenzurechnung (vgl. die Erläuterungen in Kap. 6.2.1), die Kosten sind den jeweiligen Fällen verbrauchsabhängig direkt zuzurechnen. Die der Kostenartengruppe 4a zuzuordnenden Medikamente und der übrige medizinische Sachbedarf wurden in den drei Stationen der Abteilung Innere Medizin verbraucht, doch liegen dazu in den Kostenstellen keine Verbrauchsstatistiken vor. Als Verteilschlüssel werden daher ersatzweise die PPR-Minuten als die in der Kostenträgerrechnung vorgegebene Bezugsgröße für die betreffenden Kostenartengruppen herangezogen. Die Kostenumgliederung erfolgt entsprechend dem Verhältnis der je Station angefallenen PPR-Minuten zu den gesamten PPR-Minuten der Abteilung. Die folgende Tabelle zeigt die im Ergebnis den Stationskostenstellen zugeordneten Kosten:

<b>Kostenstellen Abt. Innere Medizin</b>			
<b>Kostenstelle</b>	<b>PPR-Min.</b>	<b>KoAGrp 4a</b>	<b>KoAGrp 6a</b>
<b><u>Allg. Kostenstelle</u></b>		<b><u>-88.000,00</u></b>	<b><u>-115.570,00</u></b>
<b>Station 1</b>	748.800	33.628,17	44.163,72
<b>Station 2</b>	695.000	31.212,04	40.990,64
<b>Station 3</b>	515.700	23.159,79	30.415,64
<b><u>Summe</u></b>	<b><u>1.959.500</u></b>	<b><u>88.000,00</u></b>	<b><u>115.570,00</u></b>


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 umgegliederten 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 Fällen zu (zur Vorgehensweise vgl. die Erläuterungen in Kap. 6.2.1).
- ☑ 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 der Rohfallkosten 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 „Gebäudetechnik“, „Malerwerkstatt“, „Elektriker“ und „Übrige Werkstätten“ werden anhand der Quadratmeterzahl der empfangenden Kostenstellen verrechnet. Die Kostenstellen können



vor Durchführung der Kostenstellenverrechnung zur Verdichtungskostenstelle „Werkstätten“ zusammengefasst werden.

- ❗ In einem größeren Krankenhaus sind die Kostenstellen „Röntgenabteilung“ und „Computertomograph“ eingerichtet. Da es sich um direkte Kostenstellen handelt, dürfen sie nicht zusammengefasst werden, obwohl die Leistungen beider Kostenstellen anhand der GOÄ-Punkte 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 Behandlungsfällen mit den entsprechenden fallbezogenen Bezugsgrößen zugeordnet.

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

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

- 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 Zentralsterilisation, der Röntgenabteilung und der Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin. Beim Anbauverfahren wird die Kostenstelle vollständig gegen die Kostenstellen „Röntgenabteilung“, „Chirurgie“ und „Innere Medizin“ 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 Fallkosten 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.
- ❶ Indirekte Kostenstellen werden gegen die direkten Kostenstellen und die abzugrenzenden Kostenstellen entlastet.
- ❶ Die Leistungsbeziehungen der indirekten Kostenstellen untereinander werden berücksichtigt, wenn die IBLV nach dem Stufenleiter- oder dem Gleichungsverfahren erfolgt.

- ❶ Mitarbeiterbezogene Leistungsbeziehungen der direkten Kostenstellen untereinander werden im Rahmen der Personalkostenverrechnung beachtet (vgl. Kap. 4.2).
- ❶ 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.

*Grundlage für die Umlage der indirekten Kostenstellen sind Verrechnungsschlüssel*

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, Sterilguteinheiten gewichtet nach Größe/Umfang). 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.

#### Beispiele:

- ❶ Die Kostenstelle „Werkstatt Medizintechnik“ 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 Medizingeräte gem. Inventarverzeichnis), da diese nicht die Inanspruchnahme der Werkstatteleistungen 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:**

- ❖ Sofern die Zahl der Vollzeitkräfte als Verrechnungsschlüssel im Rahmen der IBLV angewendet wird, ist darauf zu achten, dass im Zuge der Personalkostenverrechnung auch die Vollkräftestatistik entsprechend angepasst wird.
- ❖ Bei der 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 Fallkostenkalkulation dürfen nur die DRG-relevanten 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 DRG-relevant abgegrenzt werden.

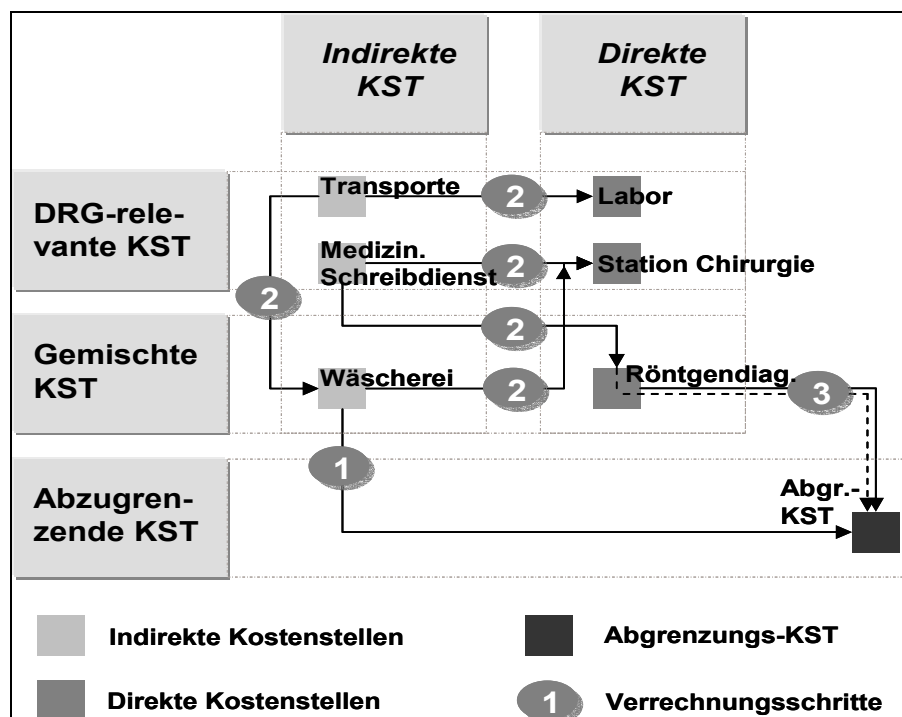
Maßgeblich für die Höhe des Abgrenzungsbetrags ist der am gesamten Leistungsvolumen gemessene prozentuale Anteil der von der gemischten direkten Kostenstelle erbrachten nicht DRG-relevanten Leistungen. Dieser Prozentsatz lässt sich aus den Ergebnissen der in Kapitel 4.4.2 dargestellten Arbeiten unmittelbar 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 DRG-relevanter Kostenanteile und der Kostenverrechnung im Zuge der IBLV:

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

**Abbildung 5: Zusammenhang von Kostenausgliederung und Kostenstellenverrechnung (Beispiel)**



Zu Beginn werden in Schritt 1 die indirekten Kostenstellen von nicht DRG-relevanten 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 „Röntgendiagnostik“ erstellten Dokumente verrechnet, auch wenn ein Teil der Dokumente auf ambulante Patienten entfällt. Die Ausgliederung der bei der Kostenstellenverrechnung anteilig zu berücksichtigenden nicht DRG-relevanten 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 DRG-relevanten 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 DRG-relevanter Leistungsanteile beschreibt Kap. 4.4.3 ausführlich anhand beispielhafter Ausgliederungstatbestände.

### **Beispiel:**




- ❖ Für die Kostenstelle „Röntgendiagnostik“ 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 DRG-relevant auszugliedern.

Auf die gemischte direkte Kostenstelle „Radiologie“ 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 DRG-relevanten Leistungen an ambu-

lanten Patienten angefallen ist, wird der nicht DRG-relevante Leistungsanteil an der Gesamtleistung der direkten Kostenstelle „Radiologie“ 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 „Radiologie“ lediglich die DRG-relevanten Kostenanteile in Höhe von 15.000 GE, während 5.000 GE ( $= 0,25 \cdot 20.000 \text{ GE}$ ) der Abgrenzungskostenstelle zugeordnet werden.

In Summe sind damit nicht DRG-relevante Kosten der direkten Kostenstelle „Radiologie“ 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 DRG-Dokumentation auf.
- ☒ Legen Sie für jede indirekte Kostenstelle einen Verrechnungsschlüssel fest.
-  Fügen Sie der DRG-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 DRG-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:*

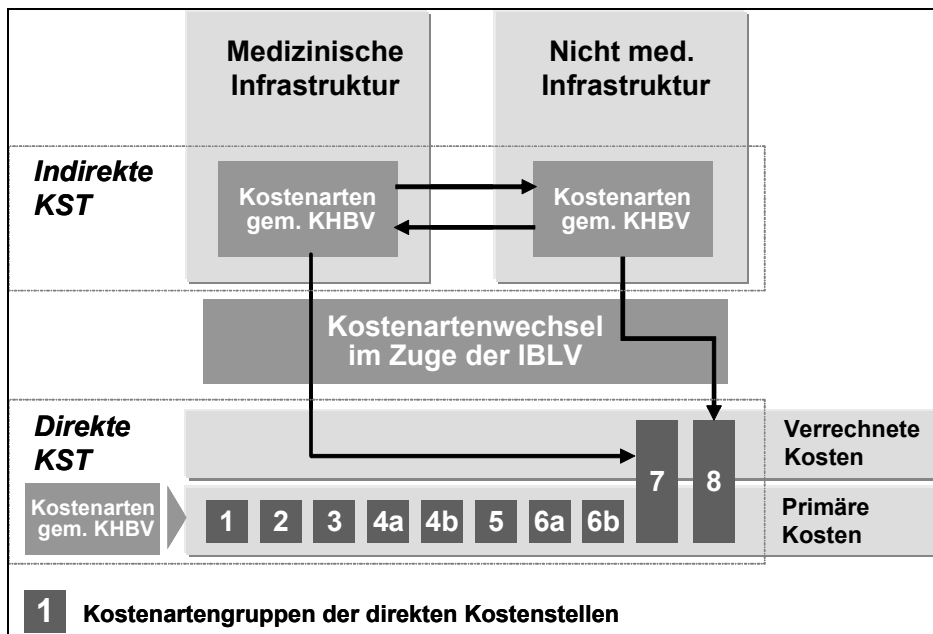
- ☒ Entlasten Sie die abzugrenzenden Kostenstellen gegen die Abgrenzungskostenstelle.
-  Erstellen Sie eine Summen- und Saldenliste für die abzugrenzenden Kostenstellen jeweils vor und nach ihrer Entlastung und fügen Sie die Summen- und Saldenliste der DRG-Dokumentation bei.

### 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 Kostenarten-  
gruppen**



**Beispiel:**

- ❖ Die Zentralsterilisation ist eine Kostenstelle der medizinischen Infrastruktur. Auf dieser Kostenstelle sind direkte Kosten für den Funktionsdienst, den medizinischen Sachbedarf und die Instandhaltung der medizintechnischen Geräte in Höhe von 200.000 GE gebucht. Im Zuge der IBLV wird die indirekte Kostenstelle „Zentralsterilisation“ vollständig von ihren Kosten entlastet.

Nach Auswertung der Leistungsdokumentation über die aufbereiteten Sterilguteinheiten erfolgt die Verteilung der Kosten wie folgt:

Kostenstelle Zentralsterilisation		
Empfänger	Leistungsanteil	Betrag
OP-Bereich	80%	160.000
Intensivmedizin	10%	20.000
Endoskopie	5%	10.000
Ambulanz	5%	10.000
Summe	100%	200.000

Die auf die jeweiligen empfangenden direkten Kostenstellen zu verrechnenden Kosten werden dort insgesamt der Kostenartengruppe 7 (Personal- und Sachkosten der medizinischen Infrastruktur) zugerechnet, da die Zentralsterilisation eine Kostenstelle der medizinischen Infrastruktur ist. Dementsprechend werden die der Kostenstelle

OP-Bereich zuzurechnenden Kosten in Höhe von 160.000 GE (= 80% von 200.000 GE) gemeinsam mit den auf der Kostenstelle „OP-Bereich“ direkt gebuchten Kosten der Kostenartengruppe 7 (z.B. für die Instandhaltung der Medizintechnik) in der Kostenartengruppe 7 zusammengefasst. Die ursprünglich in der Kostenstelle „Zentralsterilisation“ gebuchten Beträge in den Kostenarten „Personalkosten Funktionsdienst“ und „Sachkosten medizinischer Bedarf“ 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 7: Checkliste Kapitel 5**

<b>Checkliste: Zentrale Arbeitsschritte der Kostenstellenverrechnung</b>	
<b>Arbeitsschritte</b>	<b>Kapitel</b>
1. Einrichtung der 8 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

Arbeitsschritte	Kapitel
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
10. Abgrenzung des nicht DRG-relevanten 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.

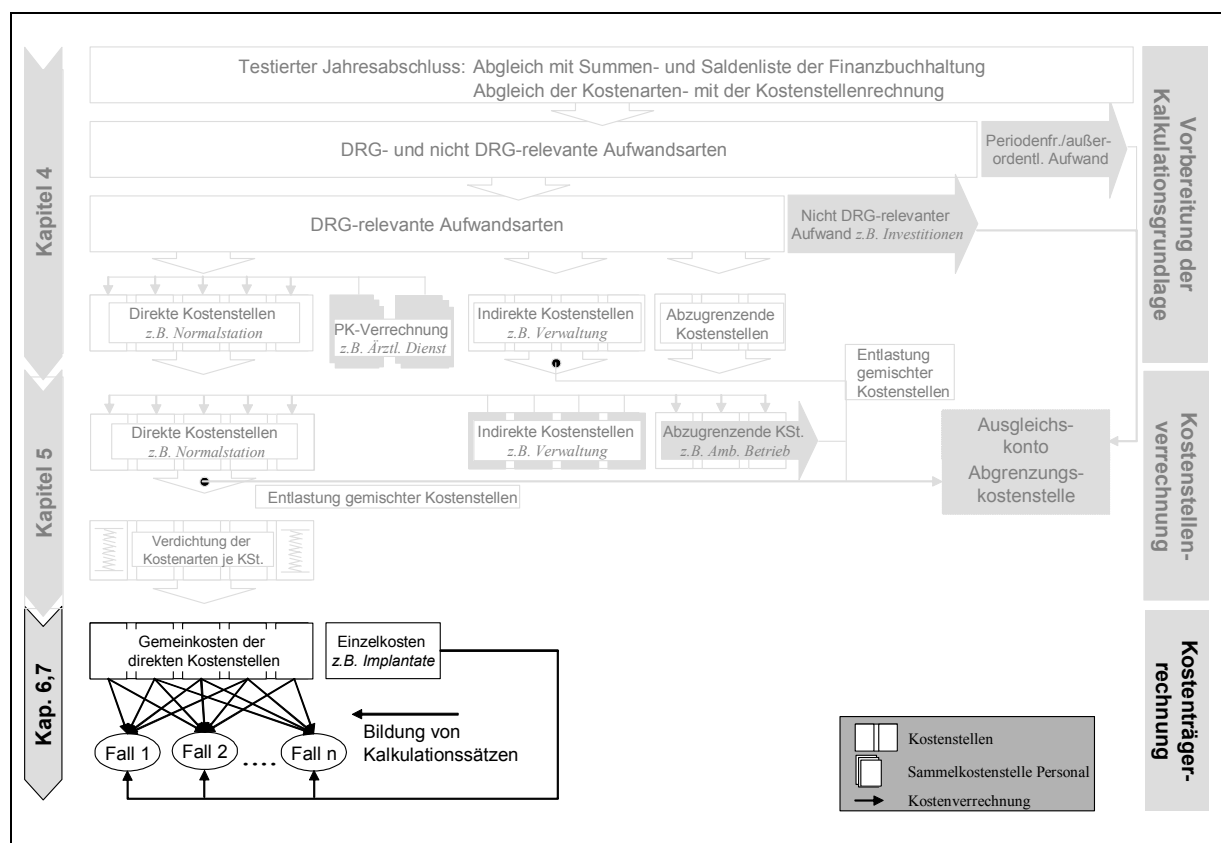
Beispiele:

- Die Zahl der Beköstigungstage steht in einem plausiblen Verhältnis zu der Zahl der Pflégetage.
  - Die Reinigungsfläche (= Grund- oder Nutzfläche gewichtet mit der Reinigungshäufigkeit) steht in einem plausiblen Verhältnis zu der Grund- oder Nutzfläche einzelner Bereiche.
  - Die in einzelnen Leistungsstatistiken dokumentierten Arbeitsstunden (z.B. der Werkstätten) stehen in einem plausiblen Verhältnis zu der Netto-Jahresarbeitszeit der in dem Bereich tätigen Mitarbeiter.
  - Die Zahl der Vollzeitkräfte je Dienstart korrespondiert mit der Stellenanzahl (unter Berücksichtigung der Stellenbesetzung und des Stellenumfangs) und dem Personalkostenvolumen je Dienstart.
- ☒ Die auf den indirekten Kostenstellen primär gebuchte Kostensumme entspricht der Summe aus den in den Modulen der Kostenartengruppen 7 und 8 über alle in die Kalkulation einbezogenen Fälle 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 Fälle 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 DRG-relevanten Kosten werden verursachungsgerecht den leistungsempfangenden Fällen zugeordnet. Abbildung 7 zeigt diese Kalkulationsschritte (dunkel hervorgehoben). Sie gibt darüber hinaus einen zusammenfassenden Überblick über die bereits getätigten Arbeiten zur Ermittlung der Fallkosten.

**Abbildung 7: Übersicht der Kalkulationsschritte: Kostenträgerrechnung**



Die fallbezogene 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 6.3 und in Anlage 5 vorgegeben und anhand zahlreicher Beispiele erläutert. Einzelkosten sind den jeweiligen Fällen direkt zuzurechnen. Nach Durchführung der Kostenträgerrechnung werden die dem fallbezogenen 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	6.1
➤ Durchführung der Kostenträgerrechnung: Einzel- und Gemeinkostenzurechnung auf die Behandlungsfälle	6.4
➤ Verdichtung der Kostendaten zu Kostenmodulen	6.5

## 6.1 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 krankenhausindividuellen Kostenartengliederung zu Kostenartengruppen (vgl. Kap. 5.1.1) die Zusammenfassung der krankenhausindividuellen Struktur der Kostenstellengliederung zu einheitlich definierten Kostenstellengruppen erforderlich. Dazu sind die direkten Kostenstellen eines Krankenhauses entsprechend der Art der dort erbrachten Leistungen einer der nachfolgend aufgeführten Kostenstellengruppen zuzuordnen:

*Zusammenfassung der Kostenstellen zu Kostenstellengruppen*

Bettenführende Bereiche:

- Kostenstellengruppe 1: Normalstation
- Kostenstellengruppe 2: Intensivstation
- Kostenstellengruppe 3: Dialyseabteilung

Untersuchungs- und Behandlungsbereiche:

- Kostenstellengruppe 4: OP-Bereich
- Kostenstellengruppe 5: Anästhesie
- Kostenstellengruppe 6: Kreißsaal
- Kostenstellengruppe 7: Kardiologische Diagnostik/Therapie
- Kostenstellengruppe 8: Endoskopische Diagnostik/Therapie
- Kostenstellengruppe 9: Radiologie
- Kostenstellengruppe 10: Laboratorien
- Kostenstellengruppe 11: Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche

Die Zuordnung zu einer Kostenstellengruppe gibt für die betreffende Kostenstelle gleichzeitig die bei der Kostenträgerrechnung anzuwendenden Bezugsgrößen vor (vgl. Übersicht in Anl. 5).

In Kapitel 6.3 wird für jede der definierten Kostenstellengruppen der einbezogene Leistungsbereich skizziert. Anlage 7 enthält – ausgehend vom Kostenstellenplan nach der KHBV – die Minstdifferenzierung einer Kostenstellengliederung zur sachgerechten Umsetzung der Kalkulationsvorgaben nach diesem Handbuch. Die Zuordnung der 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 6.3 zu verfahren.

#### **Hinweise:**

- ❶ Eine direkte Kostenstelle kann nur genau einer Kostenstellengruppe zugeordnet werden. Werden in einer Kostenstelle Leistungen erbracht, die ihrer Art nach zwei unterschiedlichen Leistungsbereichen (Kostenstellengruppen) zuzuordnen sind, bietet sich folgende Vorgehensweise an:
  - Alternative 1: Teilung der Kostenstelle, sodass die neu gebildeten Kostenstellen jeweils ein homogenes Leistungsspektrum abdecken und sich eindeutig den definierten Kostenstellengruppen zuordnen lassen. Voraussetzung dafür ist die Möglichkeit, das Kosten- und Leistungsvolumen sachgerecht aufteilen zu können (dabei ist beispielsweise auch die Kostenaufteilung für die gemeinschaftliche Nutzung eines (Groß-)Gerätes zu berücksichtigen).
  - Alternative 2: Die Kostenstelle wird insgesamt derjenigen Kostenstellengruppe zugeordnet, der seiner Art nach der überwiegende Teil des erbrachten Leistungsspektrums zuzuordnen ist. In diesem Fall darf der Anteil der für „bereichsfremde“ Leistungen anfallenden Kosten 25% der gesamten auf der Kostenstelle gebuchten Kosten nicht übersteigen.


#### **Beispiel:**

- ❷ In einigen Krankenhäusern werden in bettenführenden Bereichen ebenfalls diagnostische und therapeutische Leistungen erstellt. Beispielsweise kann der Kostenstelle „Station Innere Medizin“ auch ein Untersuchungszimmer zugeordnet sein, in dem vornehmlich funktionsdiagnostische Leistungen durchgeführt werden. Die Teilung der Stationskostenstelle und die Einrichtung einer separaten Kostenstelle für die diagnostischen Leistungen sind dann vorzunehmen, wenn die durch die diagnostischen Leistungen verursachten Kosten 25% der gesamten auf der Stationskostenstelle gebuchten Kosten übersteigen.



- 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), 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.
- ❷ Falls ein Krankenhaus insbesondere Dialyseleistungen, Laborleistungen oder Leistungen aus dem Bereich Komplexe Diagnostik/Therapie mit Großgeräteinsatz vollständig durch Dritte erbringen lässt, sind für die betreffenden Bereiche Kostenstellen neu einzurichten, die lediglich dem Ausweis der Kosten für die durch Dritte erstellten Leistungen dienen. Zu beachten ist, dass diese Kostenstellen nicht in die krankenhausinterne Personalkostenverrechnung und die IBLV einbezogen werden. Nähere Erläuterungen enthält Kapitel 7.4 unter dem Stichwort „Untersuchungen in fremden Instituten“.

**Arbeitsschritte:**

- ☒ Ordnen Sie jede direkte Kostenstelle einer der definierten Kostenstellengruppen zu.
-  Fügen Sie der DRG-Dokumentation eine Kopie des Kostenstellenplans mit Angabe der jeder Kostenstelle zugeordneten Kostenstellengruppe bei.

**6.2 Anzuwendende Kalkulationsverfahren****6.2.1 Einzelkostenzuordnung****6.2.1.1 Allgemeine Kalkulationsrichtlinien**

Einzelkosten sind dem Behandlungsfall direkt und verursachungsgerecht zuzuordnen. Sie sind DRG-relevant, wenn sie in Zusammenhang mit der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen für DRG-relevante Fälle entstehen. Im Rahmen dieses Kalkulationsschemas ist eine Einzelkostenzuordnung für ausgewählte, teure Sachgüter zwingend vorgeschrieben (vgl. dazu die Aufstellung in Anl. 10).

*Einzelkosten werden dem Fall direkt zugeordnet*

Die Einzelkostenzuordnung hat für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hohe Bedeutung, da durch die verursachungsgerechte Zuordnung der Kosten für teure Sachgüter eine schärfere Unterscheidung der Fallgruppen nach ihrem Aufwand 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
- Implantate
- Transplantate
- Herz-/Röntgenkatheter
- Materialsets (spezielle)
- Andere Verbrauchsmaterialien
- Aufwendige Fremdleistungen

Diese Aufstellung wird regelmäßig durch das InEK an die aktuellen Anforderungen für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 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.

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 fallbezogene 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 DRG-relevanten Kosten ist daher eine Entlastung der direkten und indirekten Kostenstellen von den Einzelkosten erforderlich.

**Beispiel:**

- § Im OP-Lager werden Implantate gelagert; die Kostenstelle „OP-Bereich“ ist mit den Kosten für diese Implantate belastet. Ein Patient erhält im Rahmen einer Operation ein Implantat. Der Fall wird mit den Kosten für das Implantat 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). In diesem Fall ist darauf zu achten, dass der Behandlungsfall von ggf. zugeordneten nicht DRG-relevanten Einzelkosten (z.B. Faktorpräparate zur Behandlung von Bluterpatienten) entlastet wird.

**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 Fall direkt zugeordnet; eine Verrechnung über die Kostenstelle der Station erfolgt nicht.

## Priorität 2: Einzelkostenzurechnung über hausindividuelle klinische Verteilungsmodelle (KVM)

Ist eine direkte fallbezogene 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:

- § Für das Datenjahr ist ein Unterkonto zu Konto 6607 „Bedarf für Röntgen- und Nuklearmedizin“ mit Gesamtkosten für Herzkatheter und Zubehör in Höhe von 124.300 GE belastet. Diese Kosten sind vollständig der Kostenstelle „Herzkatheterlabor“ zugeordnet. Aus den Daten der Materialwirtschaft geht hervor, dass sich diese Kosten auf verschiedene Kathetertypen (Linksherz-, Führungs- und Ballonkatheter) sowie das für eine kathetergestützte Untersuchung bzw. Therapie notwendige Zubehör (Führungsdrähte, Kontrastmittel, Schleusen, Verschlussysteme u.Ä.) verteilen. Ferner sind im Materialwirtschaftssystem die Stückzahlen je Kathetertyp dokumentiert, die von der kardiologischen Fachabteilung im Datenjahr verbraucht wurden. Auch der gleitende Durchschnittspreis je Materialtyp ist hinterlegt.

Materialtyp	Stück	Stückkosten	Gesamtkosten
Linksherzkatheter	1.000	12 GE	12.000 GE
Ballonkatheter	650	92 GE	59.800 GE
Führungskatheter	600	69 GE	41.400 GE

Die Kosten der Herzkatheter sind den Behandlungsfällen verursachungsgerecht als Einzelkosten zuzuordnen. Eine fallbezogene Dokumentation der gelegten Katheter liegt nicht vor, weshalb die Kosten der Katheter anhand eines klinischen Verteilungsmodells (KVM) den Fällen zugeordnet werden sollen, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit der jeweilige Kathetertyp verwendet wurde.

### 1. Schritt: Festlegen der Identifikationsmerkmale

Die Behandlungsfälle, die die aufgeführten Kathetertypen verbraucht haben, können über die im Patientendatensatz vorliegenden OPS-Kodes identifiziert werden.

Das Leistungsspektrum des Herzkatheterlabors im Beispielkrankenhaus umfasst Linksherz-Katheteruntersuchungen, Koronarangiographien und Perkutan-transluminale Koronarangioplastien mit

und ohne Einlegen eines bzw. mehrerer Stents (PTCA). Diese Leistungen können durch die nachfolgend genannten OPS-Kodes abgebildet werden:

Materialtyp	OPS-Kodes (OPS V. 2006)
Linksherzkatheter	1-274.0 – 1-279.y, 8-837.00 – 8-837.01 8-837.k0 – 8-837.p
Ballonkatheter	8-837.00 – 8-837.01, 8-837.k0 – 8-837.p

Eine Auswertung der Leistungsstatistik zeigt, dass im Datenjahr aus dem potentiellen OPS-Spektrum die folgenden Prozeduren erbracht wurden: 1-275.0, 1-275.2, 1-279.0, 8-837.0, 8-837.k0, 8-837.k1.

## 2. Schritt: Selektion der Fälle mit Identifikationsmerkmal

Eine Auswertung der Patientendatenbank identifiziert die Behandlungsfälle, bei denen der jeweilige OPS-Code verschlüsselt wurde.

Dabei ist zu beachten, dass das Identifikationsmerkmal „OPS-Code“ keine standardisierte Verbrauchsspezifikation (1 OPS-Code = 1 Katheter) ermöglicht, d.h. dass die Anzahl der OPS-Kodes nicht unbedingt der im Materialwirtschaftssystem dokumentierten Verbrauchsmenge entspricht. Einige der mit den oben angegebenen OPS-Kodes verschlüsselten Herzkatheteruntersuchungen implizieren die Verwendung mehrerer Katheter eines Materialtyps (beispielsweise werden für eine Angioplastie (Ballon) bei OPS-Code 8-837.00 mindestens 1 Ballonkatheter und bei OPS-Code 8-837.01 in der Regel mindestens 2 Ballonkatheter verwendet) bzw. mehrerer Materialtypen (bei den oben genannten Prozeduren werden neben den Ballonkathetern auch Führungskatheter verwendet).

Bevor eine fallbezogene Kostenzurechnung erfolgen kann, ist in Abstimmung mit der kardiologischen Fachabteilung bzw. dem Medizincontrolling eine Gewichtung der Prozeduren nach dem Kathetereinsatz je Prozedur vorzunehmen. Zur Plausibilisierung der Gewichtung sind insbesondere auch die Aussagen der Verbrauchstatistiken des Datenjahres einzubeziehen.

Ebenso besteht die Möglichkeit, dass bei einem Behandlungsfall mehrere OPS-Kodes verschlüsselt wurden und diesem somit im Rahmen der kathetergestützten Untersuchung bzw. Therapie Katheter verschiedener Typen gelegt wurden.

Die Auswertung der Leistungsstatistik gibt fallbezogene Auskunft über die im Datenjahr im Beispielkrankenhaus verschlüsselten OPS-Kodes. Nach Identifikation des Spektrums bzw. der Anzahl

der OPS-Kodes für Herzkatheterleistungen wurde zusammen mit der kardiologischen Fachabteilung bzw. dem Medizincontrolling der Materialverbrauch pro Prozedur definiert (Katheter-Typ) und gewichtet (Verbrauch pro OPS-Kode).

OPS-KODE	MATERIAL TYP (VERBRAUCH) *	GEWICHTUNG	ANZAHL OPS	STÜCK-KOSTEN	GESAMT-KOSTEN
1-275.0	LHK	2	250	12 GE	6.000 GE
1-275.2	LHK	3	100	12 GE	3.600 GE
1-279.0	LHK	1	200	12 GE	2.400 GE
8-837.00	FK	1	400	69 GE	27.600 GE
	BK	1	400	92 GE	36.800 GE
8-837.k0	FK	1	150	69 GE	10.350 GE
	BK	1	150	92 GE	13.800 GE
8-837.k1	FK	1	50	69 GE	3.450 GE
	BK	2	50	92 GE	9.200 GE

\* LHK = Linksherzkatheter, FK = Führungskatheter, BK = Ballonkatheter

### 3. Schritt: Fallbezogene Kostenzurechnung

Anhand der aufenthaltsbezogenen Fallnummer können den Patienten je nach OPS-Kode bzw. dessen Gewichtung die im Materialwirtschaftssystem hinterlegten Durchschnittskosten je Katheter zugeordnet werden.

Bei Behandlungsfall „1111“ des Beispielkrankenhauses wurden im Rahmen einer perkutanen Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention die katheterbezogenen OPS-Kodes 1-275.2 und 8-837.k1 verschlüsselt. Jedem OPS-Kode werden Katheterkosten auf Basis der gleitenden Durchschnittspreise je verwendetem Materialtyp entsprechend der Gewichtung des KVM zugeordnet:

FALL NR	OPS-KODE	KOSTEN KATHETER	GESAMT - KOSTEN
1111	1-275.2	Linksherzkatheter (12 GE) * 3	36 GE
1111	8-837.k1	Führungskatheter (69 GE) * 1	253 GE
		Ballonkatheter (92 GE) * 2	
<b>Gesamt</b>			<b>289 GE</b>

Behandlungsfall „1111“ konnten über das klinische Verteilungsmodell (KVM) somit katheterbezogene Gesamtkosten in Höhe von 289 GE zugeordnet werden.

Hinweis: Die Kosten des benötigten Stents für die mit OPS-Kode 8-837.k1 verschlüsselte Leistung werden dem Behandlungsfall direkt als Einzelkosten zugerechnet.

#### 4. Schritt: Bereinigung der Kostenstellenkosten

Die auf dem Unterkonto zu Konto 6607 „Bedarf für Röntgen- und Nuklearmedizin“ verbuchten Kosten für Herzkatheter sind über das KVM auf die dafür identifizierten Fälle verteilt worden. Damit die über das KVM als Einzelkosten zugerechneten Kosten für die Katheter den behandelten Patienten nicht doppelt zugeordnet werden, ist das genannte Unterkonto in der Kostenstelle „Herzkatheterlabor“ um den als Einzelkosten zugerechneten Betrag zu vermindern.

Die auf dem Konto verbleibenden Restkosten (für Führungsdrähte, Kontrastmittel, Schleusen, Verschlussysteme etc.) sind mit der Leistungsstatistik zu plausibilisieren und werden als Gemeinkosten auf alle kardiologischen Fälle verteilt.

Im Beispielkrankenhaus konnten 113.200 GE für Herzkatheter über das klinische Verteilungsmodell den über die OPS-Kodes identifizierten Behandlungsfällen zugeordnet werden. Das betreffende Unterkonto ist in der Kostenstelle „Herzkatheterlabor“ demnach um die Gesamtsumme von 113.200 GE zu entlasten. Die auf dem Konto verbleibenden Restkosten für Führungsdrähte, Schleusen, Verschlussysteme, Kontrastmittel etc. in Höhe von 11.100 GE werden abschließend als Gemeinkosten auf alle kardiologischen Fälle verteilt.

Bei fehlerfreier Dokumentation der OPS-Kodes wird jeder Fall, bei dem ein Herzkatheter gelegt wurde, in die Kostenverteilung einbezogen. Eine Einbeziehung von Fällen ohne kathetergestützte Untersuchung bzw. Therapie in die Kostenverteilung wird damit vermieden. Den Fällen werden je OPS-Kode die verbrauchsgewichteten gleitenden Durchschnittskosten zugeordnet.

#### Hinweise:

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

- ❶ 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.
- ❶ 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.
- ❶ Einzelkosten werden im fallbezogenen Datensatz 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.

#### **6.2.1.2 Besondere Hinweise zu einzelnen Artikelgruppen**

##### **Medikamente**

- ❶ Die Einzelkostenzuordnung bei Medikamenten setzt die fallbezogene Dokumentation der verabreichten Menge (Dosis) eines Wirkstoffs voraus. Zur Kalkulation der fallbezogenen Medikamentenkosten wird der für eine Mengeneinheit errechnete Kostensatz mit der verabreichten Menge des Wirkstoffs multipliziert (vgl. dazu auch das Beispiel in Kap. 7.3).



- 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 Als nicht DRG-relevante Einzelkosten sind die Kosten der Therapie mit Faktorpräparaten für Bluterpatienten zu erfassen und aus den Gesamtkosten auszugliedern. Diese Kosten sind der Abgrenzungskostenstelle zuzuordnen. Zusätzlich sind die nicht DRG-relevanten 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. Sofern Faktorpräparate anderen Patienten verabreicht wurden (nicht für die Therapie von Bluterpatienten), sind diese unter Arzneimittel-einzelkosten in der Regel in den Modulen 1.4b, 2.4b bzw. 4.4b auszuweisen.
- ① Im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung sind von den Kalkulationskrankenhäusern für bestimmte Wirkstoffe die verabreichte Menge und die dafür angefallenen Kosten zu übermitteln.

*Kosten der Therapie mit Faktorpräparaten ausschließlich für Bluterpatienten werden als nicht DRG-relevante Einzelkosten ausgliedert*

## Blutprodukte

- ① Unter „Blutprodukten“ werden folgende Blutzubereitungen verstanden:
  - Erythrozytenkonzentrate
  - Thrombozytenkonzentrate
  - Apherese-Thrombozytenkonzentrate
  - Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
  - Lymphozytenkonzentrate
  - Leukozytenkonzentrate
  - Granulozytenkonzentrate
  - Fresh Frozen Plasma (FFP)
- ① Die nachfolgend aufgeführten Artikel mit vermeintlich inhaltlicher Ähnlichkeit zu Blutprodukten werden nicht dem Modul 10.4b zugeordnet (Aufzählung ist nicht abschließend):
  - Immunglobuline
  - Fibrinogen

- Faktorpräparate
- Antithrombin III
- Prothrombinkomplex
- Alpha-1-Proteinaseinhibitor human
- Interferon
- C1-Esterase-Inhibitor
- Weitere Plasmaproteine

Diese Artikel werden als Arzneimittel-einzelkosten (Kostenartengruppe 4b) am Ort des Verbrauchs ausgewiesen. Bei der Therapie von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren sind die Kosten für Faktorpräparate dem Modul 99.10 zuzuordnen.

- ❶ Als vorbereitende Maßnahme für die Einzelkostenzuordnung von Blutprodukten ist ein Abgleich zwischen der fallbezogenen Verbrauchsdokumentation der Blutbank (Dokumentationsanforderungen gem. Transfusionsgesetz) und der fallbezogenen Dokumentation von OPS-Kodes für Blutgabe vorzunehmen, um eine Übereinstimmung zwischen den medizinischen Fallinformationen und den dem Fall zugerechneten Kosten sicherzustellen.
- ❶ Der Einzelkostenzuordnung unterliegen die Produktkosten aller fremdbezogenen Blutprodukte (Bezug von Spenderorganisationen) und der Blutprodukte aus krankenhaus-eigener Herstellung. Die für die patientenbezogene Aufbereitung der Blutprodukte (z.B. für die Durchführung der sog. Kreuzprobe) anfallenden Personal- und Sachkosten werden über die Leistungserfassung des Labors als Gemeinkosten fallbezogen zugerechnet. Auch die Kosten der Gewinnung von Eigenblutspenden im Krankenhaus werden als Gemeinkosten zugerechnet, da für diese keine „Produktkosten“ im eigentlichen Sinne anfallen (Kostenzurechnung über Punkte lt. Leistungskatalog).
- ❶ Der Kostenkalkulation ist die von der Bundesärztekammer in den „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ (aktuelle Fassung) aufgestellte Einzelmengen-Definition als Maßgröße der verbrauchten Menge je Produkt zugrunde zu legen. Ggf. sind weitere Vorgaben des InEK zu beachten. Zur Berechnung des Kostensatzes je Mengeneinheit sollte der gleitende Durchschnittspreis des Produkts herangezogen werden.
- ❶ Als fallbezogene Verbrauchsmenge gilt die Menge der verabreichten Blutprodukte sowie die Menge der patientenbezogen bereitgestellten und eingekreuzten – jedoch nicht verabreichten – Blutprodukte, sofern Letztere nicht auch für einen anderen Patienten verwendet werden konnten. Die Kosten der nicht fallbezogen zuzuordnenden Blutproduk-

te (weder verabreicht noch bereitgestellt) werden den einzelnen Fällen anhand der fallbezogen zugeordneten Blutkosten anteilig zugerechnet.

- ❶ Zur besseren Unterscheidung der Kosten für Medikamente von den Kosten für Blutprodukte in der modularen Kostengliederung werden die Einzelkosten für Blutprodukte unabhängig vom Ort des Verbrauchs ausschließlich im Kostenmodul 10.4b (Labor Einzelkosten Medikamente) ausgewiesen. Das Modul 10.4b darf keine anderen laborbezogenen Kosten enthalten.
- ❶ Falls das Krankenhaus über keine eigene Leistungsstelle „Labor“ verfügt und sämtliche Blutprodukte sowie Laborleistungen von Dritten bezieht, ist dennoch eine Kostenstellengruppe 10 einzurichten und sind die Kosten des Fremdbezugs dort auszuweisen. Die Kosten bezogener Blutprodukte werden Modul 10.4b zugeordnet, die Kosten bezogener Laborleistungen in Modul 10.6b ausgewiesen. Werden von einem Dritten Blutprodukte inkl. der dazugehörigen transfusionsmedizinischen Leistungen bezogen und können dabei die auf Blutprodukte und dazugehörige Laborleistungen entfallenden Kostenanteile nicht getrennt werden, so ist der Gesamtbetrag in Modul 10.4b auszuweisen.
- ❶ Die ergänzende Datenbereitstellung erstreckt sich auch auf bestimmte Blutprodukte. Dabei sind von den Kalkulationskrankenhäusern fallbezogen die verabreichte Menge eines Produkts und die dafür errechneten Kosten anzugeben.

*Einzelkosten von Blutprodukten werden ausschließlich im Kostenmodul 10.4b ausgewiesen*

## Implantate

- ❶ Implantate sind in der Regel künstliche Körperersatzstücke, die in den menschlichen Körper zur Übernahme oder Unterstützung von Körperfunktionen eingebracht werden. Zu den Implantaten zählen z.B. Gelenk- oder Gefäßprothesen sowie implantierbare Aggregate.
- ❶ Anlage 10 enthält eine Liste von Artikeln bzw. Artikelgruppen, die zwingend als Implantate auszuweisen sind und der verbindlichen Einzelkostenzuordnung unterliegen. Implantate werden in der Kostenartengruppe 5 am Ort des Verbrauchs ausgewiesen.
- ❶ Im Einzelfall kann das betrachtete Implantat aus zusammengehörenden Einzelstücken bestehen, die gemeinsam in den Körper eingebracht werden (müssen) und als Funktionseinheit zu verstehen sind. Beispiele für derartige Funktionseinheiten stellen z.B. Prothesen mit speziellem Fixationsnagel oder eine Blutpumpe mit Antriebsschlauch, Zubehör-Set und speziellen Kanülen dar. Die Einzelkostenzuordnung erstreckt sich dann auf die Kosten der gesamten Funktionseinheit (Haupteinheit und spezielle Ergänzungsteile).

### Transplantate

- ❶ Transplantate sind organische Körperersatzstücke, die in den menschlichen Körper eingebracht werden.
- ❶ Als DRG-relevant sind die Kosten für fremdbezogene hämatopoetische Stammzellen bei der Einzelkostenzuordnung zu berücksichtigen.
- ❶ Nicht DRG-relevant sind Organtransplantate, soweit sie dem Transplantationsgesetz unterliegen, da deren Bereitstellung über die zentrale Koordinierungsstelle (DSO) finanziert wird.
- ❶ Ausführliche Erläuterungen zur Kalkulation von Leistungen der Organtransplantation enthält Kapitel 7.1.2.
- ❶ Die Transplantatkosten bei Knochenmarktransplantationen und Stammzelltransfusionen sind einheitlich dem Modul 10.5 (Labor Implantate/Transplantate) zuzuordnen. Dies gilt unabhängig davon, ob das Transplantat fremdbezogen oder aus einer Spende im transplantierenden Krankenhaus gewonnen und aufbereitet wurde. Das Modul 10.5 dient ausschließlich dem Ausweis dieser Transplantatkosten und behält für alle übrigen Kosten den Status „nicht relevant“. Nähere Erläuterungen zur Kalkulation bei Knochenmarktransplantationen/ Stammzelltransfusionen enthält Kapitel 7.1.3.
- ❶ Die Aufbereitungskosten für Knochenmark-/Stammzelltransplantate sind dem Empfänger zuzuordnen.

### 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.
- ❶ Im Einzelfall wird bei bestimmten Leistungen ein hochteures Sachgut verwendet, das mehrfach für denselben Patienten bei verschiedenen Aufenthalten zum Einsatz kommt. Dies ist z.B. beim Verfahren der Immunadsorption der Fall, bei dem die benötigten hochteuren Filter bis zu 20 Mal eingesetzt werden können.

Voraussetzung für eine Einzelkostenzuordnung ist, dass es sich bei derartigen Sachgütern um Verbrauchsgüter handelt.

Die Kosten derartiger Sachgüter werden nicht fallindividuell kalkuliert. Stattdessen ist ein Kostensatz bezogen auf einen Einsatz dieses Sachgutes zu berechnen, dem die Verbrauchskosten für alle betroffenen Patienten der Periode zugrunde liegen. Dazu sind folgende Kalkulationsschritte erforderlich:

- Die Kosten des betreffenden Sachgutes werden in einer separaten Kostenart gebucht.
  - Für jeden Einsatz wird einem Fall ein Kostenbetrag zugerechnet, der sich wie folgt berechnet:  
$$\frac{\text{Gesamtkosten des Sachgutes in der Kalkulationsperiode}}{\text{Gesamtzahl der dokumentierten Einsätze}}$$
  - Die Kosten werden als Einzelkosten der KoAGrp 6b ausgewiesen.
- ❶ Wenn im Einzelfall für bestimmte Patienten Spezialbetten oder spezielle Matratzen gemietet werden, sind die anfallenden Mietaufwendungen als Einzelkosten der Kostenartengruppe 6b zuzuordnen. Falls die Spezialbetten/-matratzen für mehrere Patienten verwendet werden können, ist wie zuvor für die Immunadsorptionsfilter beschrieben vorzugehen.

#### **Extern bezogene Leistungen (Untersuchungen in fremden Instituten)**

- ❶ Extern bezogene Dialyseleistungen und Leistungen verwandter Verfahren sind als Einzelkosten dem Fall zuzurechnen und in der Kostenstellengruppe 3 (Modul 3.6b) auszuweisen (vgl. auch die Erläuterungen in Kap. 6.3.4).
- ❶ Sofern sich für andere extern bezogene Leistungen (z.B. Laboruntersuchungen) ein Fallbezug 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 (vgl. Kap. 7.3 Untersuchungen in fremden Instituten). Zu beachten ist außerdem der Hinweis auf die Modulzuordnung der Kosten bei von Dritten bezogenen Blutprodukten (vgl. weiter oben in diesem Kap.).

#### **Arbeitsschritte:**

- ☒ Prüfen Sie bei relevanten Medikamenteneinzelkosten und bei Blutprodukten, ob für die Grundlage der Berechnung die tatsächliche Wirkstoffmenge oder die Transfusionseinheit herangezogen wurde.
- ☒ Prüfen Sie, ob im betrachteten Datenjahr Bluterpatienten behandelt wurden. Nur in diesem Fall ist das Modul 99.10 mit Kosten zu belasten. Stellen Sie sicher, dass Faktorpräparate unter Arzneimittel-einzelkosten auf die Kostenmodule 1.4b, 2.4b, 4.4b gebucht werden, sofern diese Medikamente nicht zur Therapie von Bluterpatienten eingesetzt werden.

- ☒ 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.
- ☒ Stellen Sie sicher, dass die in Anlage 10 ausgewiesenen Implantate als Einzelkosten in Kostenartengruppe 5 am Ort des Verbrauchs ausgewiesen werden.
- ☒ Stellen Sie sicher, dass die Transplantatkosten für Knochenmarktransplantationen/Stammzelltransfusionen unabhängig vom Ort des Verbrauchs dem Kostenmodul 10.5 zugeordnet werden.
- ☒ Prüfen Sie, ob die Kosten weiterer, in Anlage 10 nicht genannter teurer Sachgüter als Einzelkosten zugeordnet werden können.

### 6.2.1.3 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 Fälle. 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, 5, 6b sowie im Modul 99.10 ausgewiesen.
- ☒ Für einen Fall, 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:

- In den Leistungsbereichen Normalstation, Dialyseabteilung, Anästhesie und Kreißsaal dürfen keine Implantatkosten ausgewiesen werden.
- 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.
- Kosten für Knochenmark-/Stammzelltransplantate werden unabhängig vom Ort des Verbrauchs vollständig in Modul 10.5 ausgewiesen.

## 6.2.2 Gemeinkostenzurechnung

Die fallbezogene Kostenzuordnung erfolgt über eine Bezugsgrößenkalkulation. Hierbei werden die Kalkulationssätze anhand geeigneter Bezugsgrößen, wie z.B. PPR-Minuten für die Personalkosten des Pflegedienstes auf der Normalstation, gebildet. Je Kostenart und Kostenstelle ist eine Bezugsgröße zur Berechnung des Kalkulationssatzes heranzuziehen. Das Kalkulationsschema macht verbindliche Vorgaben, die anhand zahlreicher Beispiele in Kapitel 6.3 erläutert werden (vgl. auch Anl. 5). Diese Vorgaben sichern die Qualität, Validität und Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Der fallbezogenen Kostenzuordnung liegt für den weitaus überwiegenden Teil der Kosten die gewichtete Bezugsgrößenkalkulation zugrunde. Für einzelne Kostenmodule findet auch die ungewichtete Bezugsgrößenkalkulation Anwendung.

### 6.2.2.1 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 fallbezogenen Kostenzuordnung Rechnung getragen. Für jede Kostenstelle wird ein Kalkulationssatz errechnet, der die Höhe der Kosten bestimmt, mit denen ein Fall bei der Inanspruchnahme einer Leistung der Kostenstelle belastet wird. Die dem Behandlungsfall zuzuordnenden Kosten der Kostenstelle ergeben sich aus der Zahl der empfangenen gewichteten Leistungen der Kostenstelle, die mit dem Kalkulationssatz multipliziert werden. Der Kalkulationssatz wird wie folgt gebildet:

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

$$KS = K / LG$$

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

KS = Kalkulationssatz der direkten Kostenstelle

K = DRG-relevante Kosten der direkten Kostenstelle (unter Berücksichtigung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung)

LG = gewichtete DRG-relevante Leistungsmenge der Kostenstelle

L1 = DRG-relevante Leistungsmenge vom Typ 1

L2 = DRG-relevante Leistungsmenge vom Typ 2

Ln = DRG-relevante 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 fallbezogen zuzuordnenden Gemeinkosten ergibt sich folgende Formel:

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

kf = Gemeinkosten der Kostenstelle, die dem Fall zugeordnet werden

lf1 = Zahl der während des Krankenhausaufenthalts empfangenen Leistungen vom Typ 1

lf2 = Zahl der während des Krankenhausaufenthalts empfangenen Leistungen vom Typ 2

lfn = Zahl der während des Krankenhausaufenthalts 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:



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

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

<b>Art der Leistung</b>	<b>Zahl der Leistungen</b>	<b>Punkte je Leistung</b>	<b>Punkte gesamt (LG)</b>
<b>Einzelgymnastik</b>	6.500	30	195.000
<b>Gruppengymnastik</b>	6.200	8	49.600
<b>Bäder</b>	3.850	20	77.000
<b>Bestrahlung</b>	950	5	4.750
<b>Summe</b>	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 DRG-relevanten Kosten der Kostenstelle (K) unter Berücksichtigung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung 180.000 GE betragen, ergibt sich der Kalkulationssatz (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, sodass auf den hier betrachteten Behandlungsfall 180 Leistungspunkte entfallen. Die dem Behandlungsfall zuzuordnenden Kosten (kf) der physikalischen Therapie ergeben sich durch Multiplikation des zuvor errechneten Kostensatzes (KS) mit der der Patientin zuzuordnenden Zahl der Leistungspunkte (lf):

$$\text{kf: } 0,55 \text{ GE} * 180 = 99 \text{ GE}$$

Die Leistungen der Kostenstelle physikalische Therapie werden im fallbezogenen Datensatz der Patientin mit Kosten in Höhe von 99 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 fallbezogene Kostenzuordnung nach der gewichteten Bezugsgrößenkalkulation setzt voraus, dass die von der zu verrechnenden Kostenstelle erbrachten Leistungen fallbezogen dokumentiert werden und ein Bewertungsmaßstab für eine verursachungsgerechte Kostenzuordnung je Leistung vor-

liegt. Eine einzelfallbezogene Kostenzuordnung nach der gewichteten Bezugsgrößenkalkulation ist in der Regel nur bei fallbezogener Leistungsdocumentation 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:**

- ❶ Eine fallbezogene Kostenzuordnung im Rahmen einer ungewichteten Bezugsgrößenkalkulation mit dem Leistungsmerkmal „Fallzahl“ reicht in den 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.

### 6.2.2.2 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 wenige Module beschränkt:

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

- Für die Zurechnung der Personalkosten des ärztlichen Dienstes und des medizinisch-technischen Dienstes auf der Normalstation (Module 1.1 und 1.3) steht dem Krankenhaus nur selten eine patientenbezogene Dokumentation der angefallenen Tätigkeitszeiten zur Verfügung. Zudem kann für die große Mehrzahl der Patienten ein ungefähr gleich hoher Tätigkeitsanfall unterstellt werden. Aus diesem Grund wird als Bezugsgröße der ungewichtete Pflegetag vorgegeben. Zu beachten sind jedoch Situationen, bei denen aufgrund eines sehr heterogenen Patientenspektrums sehr unterschiedliche Betreuungszeiten anfallen. Die Kapitel 7.1.2 und 7.2 geben darauf bezogene Kalkulationshinweise.
- Für die Zurechnung der Infrastrukturkosten in den Kostenstellengruppen Normalstation (Module 1.7 und 1.8) und Intensivstation (Module 2.7 und 2.8) wird die ungewichtete Bezugsgröße Pflegetag bzw. Intensivstunde vorgegeben, da der Anfall dieser Kostenarten in erster Linie mit der tatsächlichen Verweilzeit der Patienten in Verbindung steht.

Die dem Behandlungsfall 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 = DRG-relevante Kosten der direkten Kostenstelle (unter Berücksichtigung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung)

L = DRG-relevante Leistungsmenge der direkten Kostenstelle

Die fallbezogen zuzuordnenden Gemeinkosten der Kostenstelle werden wie folgt ermittelt:

$$kf = KS * lf$$

kf = Gemeinkosten der Kostenstelle, die dem Fall zugeordnet werden

lf = Zahl der während des Krankenhausaufenthalts empfangenen Leistungen

### Beispiel:

- § In der Abteilung für Innere Medizin wird für jede Station die Zahl der Pflage tage dokumentiert:

Station	Anzahl Pflage tage je Station		
	1	2	3
Januar	520	456	450
Februar	440	390	390
März	478	425	465
...			
<b>Summe Jahr</b>	6.600	5.300	5.800

Die Kostenstelle „Station 1“ hat im gesamten Jahr 6.600 Leistungen (L) erbracht. Unter der Annahme, dass die DRG-relevanten 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: 170.000 GE / 6.600 = 25,76 GE je Pflage tag

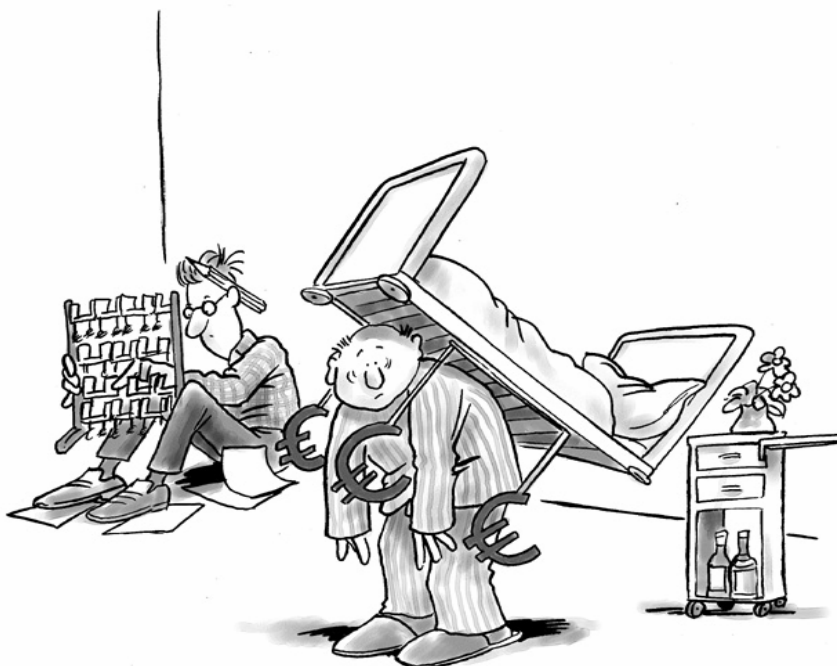
Eine Patientin wird am 1. Februar auf die Station 1 aufgenommen und am 7. Februar entlassen. Für diesen Behandlungsfall ergeben sich 7 Pflgetage, sodass sich die in der Kostenartengruppe 8 zuzuordnenden Kosten (kf) durch Multiplikation des zuvor errechneten Kostensatzes (KS) mit der Zahl der für die Patientin angefallenen Pflgetage (lf) ergeben:

$$\text{kf: } 25,76 \text{ GE} * 7 = 180,32 \text{ GE}$$

Dem fallbezogenen Datensatz der Patientin werden Gemeinkosten für nicht medizinische Infrastruktur (kf) in Höhe von 180,32 GE zugeordnet.

### 6.3 Durchführung der Kostenträgerrechnung

In der folgenden Tabelle sind alle Bezugsgrößen zur Bildung der Kalkulationssätze für die fallbezogene Kostenzuordnung aufgeführt. Für einzelne Kostenmodule besteht eine Auswahlmöglichkeit mit entsprechender Priorisierung. Die in Tabelle 8 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 auf der Normalstation (Modul 1.2) unter Verwendung des Leistungsmerkmals „Pflgetage“ nicht sachgerecht und aus diesem Grund unzulässig. Als Bezugsgröße wird für Modul 1.2 das Leistungsmerkmal „PPR-Minuten“ oder als zweite Priorität „Pflgeminuten gemäß sachgerechtem Pflegestufensystem“ vorgeschrieben.



**Tabelle 8: Übersicht über die für die Kostenträgerrechnung benötigten Kosten- und Leistungsdaten**

Anlage 5		Personal- kosten ärztlicher Dienst	Personal- kosten Pflegedienst	Personal- kosten med.- techn. Dienst/ Funktions- dienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten Implantate/ Transplantate	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf		Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur
		1	2	3	4a	4b <sup>1</sup>	5 <sup>1</sup>	6a	6b <sup>1</sup>	7	8
Normalstation	1	Pflegelage	PPR-Minuten <sup>2</sup>	Pflegelage	PPR-Minuten <sup>2</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	PPR-Minuten <sup>2</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Pflegelage	Pflegelage
Intensivstation	2	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung <sup>3</sup>	Gewichtete Intensivstunden	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Intensivstunden	Intensivstunden
Dialyse-abteilung	3	Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>
OP-Bereich	4	Schnitt-Naht-Zeit mit GZF und Rüstzeit <sup>5</sup>	nicht relevant	Schnitt-Naht-Zeit/HLM-Zeit mit GZF <sup>5</sup> und Rüstzeit <sup>5</sup>	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit <sup>5</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit <sup>5</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit <sup>5</sup>	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit <sup>5</sup>
Anästhesie	5	Anästhesiologiezeit <sup>7</sup> und GZF <sup>8</sup>	nicht relevant	Anästhesiologiezeit <sup>7</sup>	Anästhesiologiezeit <sup>7</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	Anästhesiologiezeit <sup>7</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Anästhesiologiezeit <sup>7</sup>	Anästhesiologiezeit <sup>7</sup>
Kreißsaal	6	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	nicht relevant	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal
Kardiologische Diagnostik/Therapie	7	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	nicht relevant	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog
Endoskopische Diagnostik/Therapie	8	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	nicht relevant	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog
Radiologie	9	Punkte lt. Leistungskatalog	nicht relevant	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Laboratorien	10	Punkte lt. Leistungskatalog	nicht relevant	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung <sup>9</sup>	Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Übrige diagnost. und therapeut. Bereiche	11	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog

- 1) Bewertung der Einzelkosten über Anschaffungspreise bzw. Durchschnittspreise
- 2) Neben der PPR sind ähnliche sachgerechte Systeme zugelassen
- 3) In Einzelfällen relevant
- 4) Gewichtete Dialysen nach Dialysearten
- 5) Hausindividuelle Standards der Rüstzeiten können gebildet werden
- 6) In der Regel GZF 2 (bei HLM GZF 1)
- 7) Anästhesiologiezeit: Übernahme/Übergabe des Patienten, d.h. unter Einbezug eventueller Rüstzeiten
- 8) GZF ist standardisiert 1,0; in medizinisch begründeten Ausnahmefällen auch höher
- 9) Nur für Transplantatkosten bei Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion

### 6.3.1 Kalkulationsverfahren für definierte Kostenstellen- gruppen

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 (Kosten-



stellengruppen) die Leistungs- und Kosteninformationen beschrieben werden, die für die Verteilung der dort vorliegenden Kostenartengruppen auf die einzelnen Behandlungsfälle benötigt werden. Dabei wird nach Einzelkosten- und Gemeinkostenkalkulation unterschieden.

Für die Einzelkostenkalkulation sind fallbezogene Informationen über den Verbrauch teurer Sachgüter erforderlich. Ausführliche Erläuterungen dazu enthält Kapitel 6.2.1 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 Behandlungsfall 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 Intensivstation (Tabelle 9):

**Tabelle 9: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße**

Intensivstation	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übr. med. Bedarf
<b>Leistungsdaten (der Kostenstelle)</b>	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden
<b>Kostendaten (der Kostenstelle)</b>	Gesamtkosten ärztlicher Dienst	Gesamtkosten übr. med. Bedarf
<b>Kalkulationssatz</b>	 = Gesamtkosten/ gew. Intensivstunden	 = Gesamtkosten/ gew. Intensivstunden
<b>Erläuterungen</b>	Gewichtung der Behandlungsintensität nach Beatmung, Behandlung, Überwachung	
<b>Besonderheiten</b>		


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 DRG-relevante Leistungen und Kosten einbezogen werden.

Die fallbezogenen Leistungs- und Kosteninformationen dienen der Kostenzuordnung auf den einzelnen Behandlungsfall.

**Tabelle 10: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten**

Intensivstation	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übr. med. Bedarf
Leistungsdaten (des Behandlungsfalls)	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden
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 fallbezogenen Kostenzurechnung gemäß den Vorgaben der Anlage 5 fest.
- ☒ Bilden Sie Kalkulationssätze für die direkten Kostenstellen.
- ☒ Verteilen Sie die Gemeinkosten der direkten Kostenstellen auf die leistungsempfangenden Fälle unter Verwendung der Kalkulationssätze.
-  Dokumentieren Sie die durchgeführten Arbeitsschritte, um die Vorgehensweise später nachvollziehen zu können.

### 6.3.2 Normalstation

#### Einbezogener Leistungsbereich

Der Leistungsbereich Normalstation umfasst alle bettenführenden Bereiche mit allgemeiner Krankenversorgung bzw. Normalpflege. Dazu zählt auch eine ggf. vorhandene bettenführende Aufnahmestation. Ebenfalls zum Bereich Normalstation gehört die Pflegeeinrichtung für gesunde Neugeborene sowie das Schlaflabor.

Nicht dem Bereich Normalstation sind alle Leistungseinheiten zuzurechnen, die Patienten in spezieller Pflegeintensität versorgen, z.B. Intensivstationen, Intermediate Care, Stroke Unit und andere besondere Leistungseinheiten.

Falls in einer Organisationseinheit Bereiche mit unterschiedlicher Pflegeintensität zusammengefasst sind, sind mindestens die Bereiche mit Normalpflege und Intensivpflege 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 Behandlungsfall gemäß den Vorgaben der Anlage 10 als Einzelkosten direkt zugeordnet. Einzelkosten auf der Normalstation können z.B. besonders teure Arzneimittel sein. Kosten für Implantate und Transplantate (Modul 1.5) sind im Bereich der Normalstation nicht relevant.

Die benötigten Daten je Behandlungsfall zur Einzelkostenzurechnung zeigt Tabelle 11 am Beispiel der Einzelkosten für Arzneimittel:

**Tabelle 11: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Einzelkostenkalkulation (Modul 1.4b)**

Normalstation	Einzelkostenkalkulation
	<b>Einzelkosten Arzneimittel</b>
<b>Leistungsdaten (des Behandlungsfalles)</b>	Ist-Verbrauch bzw. Verbrauch der einbezogenen Artikel nach KVM
<b>Kostendaten</b>	Artikelkosten
<b>Alternative 1</b>	Anschaffungspreis je Artikel
<b>Alternative 2</b>	Durchschnittspreis je Artikel
<b>Erläuterungen</b>	Bitte Vorgaben der Anlage 10 beachten

Die Einzelkostenzurechnung setzt fallbezogene Leistungsdaten voraus. Anlage 10 gibt artikelbezogen vor, ob die Sachmittelverbräuche fallindividuell 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 Einzel-



kosten sind hier nicht zu berücksichtigen. Sind dagegen Einzelkosten auch Kostenstellen zugeordnet worden, erfolgt die Zuordnung auf den einzelnen Behandlungsfall aus der Kostenstelle. 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 6.2.1.



### **Gemeinkostenkalkulation**

#### **Verrechnung der Personalkosten ärztlicher Dienst (Modul 1.1) sowie Personalkosten medizinisch-technischer Dienst und Funktionsdienst (Modul 1.3)**

Die Kosten des ärztlichen Dienstes werden im Rahmen einer ungewichteten Bezugsgrößenkalkulation auf Grundlage der erbrachten Pflegetage (Leistungsmerkmal Pflegetage, siehe auch die Definition im nachfolgenden Hinweis) zugeordnet. Falls Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes (MTD) oder des Funktionsdienstes (FD) den Normalstationen zugeordnet sein sollten, erfolgt die Kostenzuordnung ebenfalls auf Basis der Pflegetage. Für die Berechnung des Kostensatzes der Bezugsgröße „Pflege-tag“ werden folgende Leistungs- und Kostendaten benötigt (Tab. 12):

*Die Kosten des ärztlichen Dienstes sowie des FD/MTD werden nach den Pflegetagen verteilt*

**Tabelle 12: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße**

Normalstation	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Personalkosten FD/MTD
Leistungsdaten (der Kostenstelle)	Pflegetage	Pflegetage
Kostendaten (der Kostenstelle)	Gesamtkosten ärztlicher Dienst	Gesamtkosten FD/MTD
Kalkulationssatz	 = Gesamtkosten/ Pflegetage	 = Gesamtkosten/ Pflegetage
Erläuterungen	Pflegetage: Kalendertage des stationären Aufenthalts einschließlich Aufnahmetag und Entlassungstag (bei Aufnahme und Entlassung am selben Tag wird 1 Pflegetag gezählt)	
Besonderheiten	Gewichtung der Pflegetage bei besonderem Patientenspektrum (vgl. Kap. 7.1.2. und 7.2)	
	Keine Einbeziehung von Pflegetagen bei Patienten in belegärztlicher Versorgung	

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

Bei der Berechnung des Gesamtleistungsvolumens an Pflegetagen einer Kostenstelle sind für die Kostenartengruppe 1 (ärztlicher Dienst) Pflegetage in Belegversorgung abzuziehen und für die Kostenartengruppe 8 (nicht medizinische Infrastruktur) Pflegetage aufgenommener Begleitpersonen hinzuzurechnen. Daraus können bis zu drei verschiedene Pflegetagevolumina resultieren, die bei der Kostensatzbildung einer Kostenstelle anzuwenden sind.

*Für KoA Grp 1 und KoA Grp 8 sind ggf. abweichende Pflegetagevolumina zu berechnen*

#### **Hinweise:**

- ❶ Die Zahl der Pflegetage im Sinne des Kalkulationshandbuchs entspricht der Zahl der Kalendertage des stationären Aufenthalts einschließlich Aufnahmetag und Entlassungstag (bei Aufnahme und Entlassung am selben Tag wird 1 Pflegetag gezählt). Nicht berücksichtigt werden dabei Tage, an denen der Patient beurlaubt ist, sowie Tage, die der Patient in Einrichtungen außerhalb des Anwendungsbereichs des KHEntgG verbringt.

- ❶ Bei Versorgung eines besonderen Patientenspektrums sind Gewichtungen der Bezugsgröße vorzunehmen, um eine aufwandsgerechte Kostenzurechnung auf den Behandlungsfall zu erreichen. Die im Einzelfall relevanten speziellen Erläuterungen in den Kapiteln 7.1.2 und 7.2 sind zu beachten. Der kleinste zulässige Gewichtungsfaktor für einen Pfl egetag beträgt 0,5.
- ❶ Die Aufenthaltsdauer sogenannter „Kurzlieger“ auf der Normalstation beträgt häufig nur wenige Stunden (z.B. bei tagesklinischer 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 Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten zeigt Tabelle 13:

**Tabelle 13: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten**

Normalstation	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Personalkosten FD/MTD
Leistungsdaten (des Behandlungsfalls)	Pfl egetage	Pfl egetage
Kostendaten (der Kostenstelle)	Kalkulationssatz ärztlicher Dienst	Kalkulationssatz FD/MTD

**Beispiel:**

- ❶ Eine chirurgische Normalstation verfügt über 30 Betten und erbringt pro Jahr 9.308 Pfl egetage (L). Die Personalkosten des ärztlichen Dienstes belaufen sich nach Durchführung der in Kapitel 4 dargestellten Arbeiten auf 64.000 GE (K).

Der ungewichtete Kalkulationssatz (KS) je Pfl egetag ergibt sich aus einer Division der zu verrechnenden Kosten (K) durch die Zahl der Pfl egetage der Station (L):

$$\text{KS: } 64.000 \text{ GE} / 9.308 = 6,87 \text{ GE je Pfl egetag}$$

Eine Patientin wurde am 5. Januar des Datenjahres auf die chirurgische Normalstation aufgenommen und am 11. Januar des Datenjahres entlassen.

Für die Patientin ergeben sich sieben Pfl egetage (lf). Die dem Falldatensatz zuzuordnenden Kosten werden durch Multiplikation des Kalkulationssatzes (KS) mit der Zahl 7 ermittelt:

$$\text{kf: } 6,87 \text{ GE} * 7 = 48,09 \text{ GE}$$

Dem Fall sind Kosten in Höhe von 48,09 GE an Personalkosten des ärztlichen Dienstes auf der Normalstation zuzuordnen.

Bei Belegabteilungen ergeben sich für die Kostenverteilung des ärztlichen Dienstes folgende Besonderheiten:

- Soweit auf der Station ausschließlich Belegärzte tätig sind, werden keine Kosten der Kostenartengruppe 1 verteilt.
- Sind dagegen sowohl Belegärzte als auch angestellte Ärzte tätig, sind der Kostenartengruppe 1 die Kosten der angestellten Ärzte zugeordnet. Diese Kosten werden nach der oben beschriebenen Methode den Patienten der Hauptabteilung zugerechnet. Zur Ermittlung des Kalkulationssatzes je Pflege-tag dient die Gesamtpflegetagzahl der Kostenstelle, jedoch vermindert um die auf Belegpatienten entfallende Pflege-tagzahl.

**Hinweis:**




- ❶ Für Behandlungsfälle in Belegversorgung ist in der Datei „OPS“ des DRG-Datensatzes zu kennzeichnen, ob ein Belegarzt, ein Beleganästhesist oder eine Beleghebamme für den Patienten tätig war. Die Kennzeichnung ist anhand der fallindividuellen Belegkonstellation vorzunehmen.

**Verrechnung der Personalkosten Pflegedienst (Modul 1.2), Sachkosten Arzneimittel (Modul 1.4a) und Sachkosten übriger medizinischer Bedarf (Modul 1.6a)**

Die Personalkosten des Pflegedienstes sowie die Sachkosten für Arzneimittel und übrigen medizinischen Bedarf werden im Rahmen einer gewichteten Bezugsgrößenkalkulation verteilt, wobei die Gewichte auf der Grundlage der PPR-Minuten gebildet werden. Die Einstufung nach der PPR ist seit 1995 nicht mehr vorgeschrieben. Krankenhäuser, in denen die PPR nicht angewendet wird, können nach Genehmigung durch das InEK der Kostenverteilung ein alternativ eingesetztes Pflegestufensystem zugrunde legen. Eine Zuordnung der Kosten über andere Größen (z.B. Pflege-tage) ist nicht zulässig. Die für die Kostenträgerrechnung benötigten Leistungs- und Kostendaten zeigt Tabelle 14:

Die Kosten des Pflegedienstes werden nach den PPR-Minuten verteilt, ebenso die Sachkosten für Medikamente und übrigen medizinischen Bedarf

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

Normalstation	Gemeinkostenkalkulation		
	Personalkosten Pflegedienst	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten übr. med. Bedarf
Leistungsdaten (der Kostenstelle)	PPR-Minuten	PPR-Minuten	PPR-Minuten
Kostendaten (der Kostenstelle)	Gesamtkosten Pflegedienst	Gesamtkosten Arzneimittel	Gesamtkosten übr. med. Bedarf
Kalkulationssatz	 = Gesamtkosten/ PPR-Minuten	 = Gesamtkosten/ PPR-Minuten	 = Gesamtkosten/ PPR-Minuten
Erläuterungen			
Besonderheiten	Die PPR enthält gesonderte Regelungen für tagesklinische Versorgung/Stundenfälle (Erwachsene) und für die Kinderkrankenpflege. Der Standardwert für die Versorgung gesunder Neugeborener beträgt 110 Minuten/Tag.		

Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen das Gesamtleistungsvolumen der Kostenstelle (hier: gesamte PPR-Minuten) und die Gesamtkosten der Kostenartengruppe, bezogen auf das Datenjahr.

Als fallbezogene Leistungsdaten werden die Pflegeminuten gemäß PPR-Einstufung benötigt.

**Tabelle 15: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten**

Normalstation	Gemeinkostenkalkulation		
	Personalkosten Pflegedienst	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten übr. med. Bedarf
Leistungsdaten (des Behandlungsfalls)	PPR-Minuten	PPR-Minuten	PPR-Minuten
Kostendaten (der Kostenstelle)	Kalkulationssatz Pflegedienst	Kalkulationssatz Arzneimittel	Kalkulationssatz übr. med. Bedarf

**Beispiel:**

- § Aus der PPR-Dokumentation der „Station Innere Medizin“ ergibt sich, dass für alle Patienten der Station im betrachteten Datenjahr 868.700 PPR-Minuten (L) erfasst wurden. Ein geringer Anteil der Patienten der Station wurde teilstationär versorgt, sodass bei diesen Fällen der Pflegegrundwert je Tag und die Minutenwerte je Patientengruppe je zur Hälfte angesetzt wurden (vgl. § 6 Abs. 5 PPR). Die Gesamtpersonalkosten für den Pflegedienst der „Station Innere Medizin“ belaufen sich auf 364.950 GE (K). Für die Station wird der Kalkulationssatz (KS) „Kosten je PPR-Minute“ wie folgt gebildet:

$$\text{KS: } 364.950 \text{ GE} / 868.700 = 0,42 \text{ GE je PPR-Minute}$$

Für einen Behandlungsfall wurden 937 PPR-Minuten (lf) dokumentiert. Die dem Fall zuzuordnenden Kosten ergeben sich aus der Multiplikation des Kalkulationssatzes je PPR-Minute (KS) mit der fallbezogen erfassten Minutenzahl:

$$\text{kf: } 0,42 \text{ GE} * 937 = 393,54 \text{ GE}$$

Dem Fall sind Kosten in Höhe von 393,54 GE an Personalkosten des Pflegedienstes für die pflegerische Versorgung auf der Normalstation zuzuordnen.

**Hinweise:**

- ① Wenn bei einem Patienten für einzelne Behandlungstage keine PPR-Minuten dokumentiert wurden, bieten sich folgende mögliche Vorgehensweisen an. Bei deren Wahl sollten die positiven Wirkungen einer möglichst genauen Kostenabbildung im Verhältnis zum Aufwand stehen.
- Alternative 1: Berechnung eines fehlenden Tageswertes als Durchschnitt der zwei angrenzenden Tage (Durchschnitt von einem Tag vor und einem Tag nach dem fehlenden Tageswert). Bei Randtagen (erster oder letzter Tag des Krankenhausaufenthalts) ist der jeweils angrenzende Tag zu übernehmen. Diese Zuordnung ist dann verursachungsgerecht, wenn die Pflegebedürftigkeit im Verlauf des Krankenhausaufenthalts sinkt.
  - Alternative 2: Berücksichtigung der abteilungsbezogenen PPR-Minuten je x. Tag. Es würden sich durchschnittliche Werte für den ersten Tag, den zweiten Tag etc. bis hin zum letzten Tag ergeben.
  - Alternative 3: Zuordnung durchschnittlicher PPR-Minuten je Pflegetag einer Abteilung.



- ① Auch für Kurzlieger bzw. Stundenfälle, die zum Einstufungszeitpunkt nicht (mehr) auf der Station anwesend waren, sind PPR-Minuten zu dokumentieren. Die Einstufung kann sich an den Regelungen des § 6 Abs. 5 der PPR orientieren oder in Form eines aufwandsgerechten Standard-Minutenwertes erfolgen.

### Verrechnung der Personal- und Sachkosten der medizinischen Infrastruktur (Modul 1.7) und der Personal- und Sachkosten der nicht medizinischen Infrastruktur (Modul 1.8)

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

*Die Infrastrukturkosten werden über Pflegetage verteilt*

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

Normalstation	Gemeinkostenkalkulation	
	Kosten med. Infrastruktur	Kosten nicht med. Infrastruktur
Leistungsdaten (der Kostenstelle)	Pflegetage	Pflegetage
Kostendaten (der Kostenstelle)	Gesamtkosten med. Infrastruktur	Gesamtkosten nicht med. Infrastruktur
Kalkulationssatz	 = Gesamtkosten/ Pflegetage	 = Gesamtkosten/ Pflegetage
Erläuterungen		
Besonderheiten		Begleitpersonen wird je Pflegetag der Kostensatz für nicht med. Infrastruktur zugerechnet

Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen das Gesamtleistungsvolumen der Kostenstelle (hier: Pflegetage) und die Gesamtkosten der Kostenartengruppe, 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 Kalkula-

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

tionssatzes je Pflgetag für das Modul 1.8 ist die Zahl der Pflgetage der Kostenstelle erforderlichenfalls um die auf Begleitpersonen (Mitaufnahme ist medizinisch begründet) entfallenden Pflgetage zu ergänzen.

Die benötigten Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten zeigt Tabelle 17:

**Tabelle 17: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten**

Normalstation	Gemeinkostenkalkulation	
	Kosten med. Infrastruktur	Kosten nicht med. Infrastruktur
Leistungsdaten (des Behandlungsfalls)	Pflgetage	Pflgetage
Kostendaten (der Kostenstelle)	Kalkulationssatz med. Infrastruktur	Kalkulationssatz nicht med. Infrastruktur

### *Prüfung der Datengrundlage*

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

#### *Leistungsdaten (der Kostenstelle)*

- ☒ Für jeden Fall mit Stationskontakt liegen Angaben zu den Bezugsgrößen Pflgetag und PPR-Minuten vor (bei Kurzliegern bzw. Stundenfällen wurden die darauf bezogenen Erläuterungen beachtet).
- ☒ Für Stationen mit besonderen Versorgungsstrukturen (z.B. Transplantationsmedizin, teilstationäres Leistungsspektrum, Verflechtungen mit Psychiatrie) wurden die darauf bezogenen Erläuterungen in den Kapiteln 7.1.2 und 7.2 beachtet.
- ☒ Die je Fall und je Tag dokumentierten PPR-Minuten liegen in einem durch die Einstufungen gemäß PPR begründeten Werte-Korridor.
- ☒ Die Anwendung eines alternativ zur PPR eingesetzten Pflegestufensystems 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], Transplantatkosten für Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion [Modul 10.5], Kosten für auf der Normalstation erbrachte 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.
- ☑ Fällen in Belegversorgung sind keine Personalkosten des ärztlichen Dienstes zugerechnet, die Pflage tage dieser Patienten wurden bei der Kostensatzberechnung für den ärztlichen Dienst nicht berücksichtigt.

**6.3.3 Intensivstation****Einbezogener Leistungsbereich**

Der Leistungsbereich Intensivstation umfasst alle bettenführenden Bereiche, in denen Patienten versorgt werden, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung einer ständigen Überwachung und/oder therapeutischen Intervention bedürfen. Dazu zählen insbesondere Intensivstationen, Intermediate Care, Stroke Unit sowie spezielle intensivmedizinische Überwachungs- und Behandlungsbereiche (z.B. neonatologische Intensivversorgung, kardiologische Überwachungseinheit).

Nicht dem Bereich Intensivstation sind alle Leistungseinheiten mit allgemeiner Krankenversorgung bzw. Normalpflege zuzurechnen.

Falls in einer Organisationseinheit Bereiche mit unterschiedlicher Pflegeintensität zusammengefasst sind, sind mindestens die Bereiche mit Normalpflege und Intensivpflege durch separate 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 Behandlungsfall gemäß den Vorgaben der Anlage 10 als Einzelkosten direkt zugeordnet. Einzelkosten auf der Intensivstation können z.B. Immunsuppressiva oder Blut sein. Kosten für Implantate und Transplantate sind nur in seltenen Fällen dem Bereich Intensivstation als Ort des Verbrauchs zuzuordnen.

Die benötigten Daten je Behandlungsfall zur Einzelkostenzurechnung zeigt Tabelle 18 am Beispiel der Einzelkosten für Arzneimittel:

**Tabelle 18: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Einzelkostenkalkulation (Modul 2.4b)**

Intensivstation	Einzelkostenkalkulation
	<b>Einzelkosten Arzneimittel</b>
<b>Leistungsdaten (des Behandlungsfalles)</b>	Ist-Verbrauch bzw. Verbrauch der einbezogenen Artikel nach KVM
<b>Kostendaten</b>	Artikelkosten
<b>Alternative 1</b>	Anschaffungspreis je Artikel
<b>Alternative 2</b>	Durchschnittspreis je Artikel
<b>Erläuterungen</b>	Bitte Vorgaben der Anlage 10 beachten

Die Einzelkostenzurechnung setzt fallbezogene Leistungsinformationen voraus. Anlage 10 gibt artikelbezogen vor, ob die Sachmittelverbräuche fallindividuell 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 Behandlungsfall 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 6.2.1.

**Gemeinkostenkalkulation****Verrechnung der Personalkosten ärztlicher Dienst (Modul 2.1), Personalkosten Pflegedienst (Modul 2.2), Personalkosten des medizinisch-technischen Dienstes und Funktionsdienstes (Modul 2.3), Sachkosten Arzneimittel (Modul 2.4a) und Sachkosten übriger medizinischer Bedarf (Modul 2.6a)**

Die Kosten der Intensivstation werden den Patienten auf der Grundlage einer gewichteten Bezugsgrößenkalkulation (Leistungsmerkmal „gewichtete Intensivstunden“) zugerechnet. Die Gewichte werden nach dem Kriterium „Behandlungsintensität“ gebildet. Dazu wird die Verweilzeit (in Stunden) des Patienten auf der Intensivstation wie folgt unterteilt:

- Überwachung: Die Messung und Auswertung zentraler Funktionsparameter des Patienten stehen im Vordergrund. Spezielle intensivmedizinische Maßnahmen zur Behandlung einer schweren Erkrankung werden nicht erbracht.
- Behandlung: Neben Überwachungsmaßnahmen werden auch therapeutische Maßnahmen zur Behandlung einer schweren Erkrankung durchgeführt (z.B. Kreislaufunterstützung, Infusionstherapie, Dialyse und verwandte Verfahren, Therapie von Infektionen etc.).
- Beatmung: Die Atmungsfunktion des Patienten wird maschinell unterstützt.

*Die Kosten der Intensivstation werden unter Berücksichtigung der Behandlungsintensität der Patienten verteilt*

Überwachungs-, Behandlungs- und Beatmungstunden sind entsprechend dem für den Patienten anfallenden Betreuungsaufwand abgestuft zu gewichten. Nach Genehmigung durch das InEK kann auch ein für Intensivstationen konzipiertes Pflegestufensystem angewendet werden. Eine Kostenverteilung anhand der ungewichteten Intensivstunden (Verweilstunden) auf die Behandlungsfälle ist nicht zulässig.

Die Intensivstunden können z.B. mit folgenden Gewichtungsfaktoren multipliziert werden:

**Beispiel:**

§ Mögliche Gewichtungsfaktoren:



<b>Kostenartengruppe</b>	<b>Überwachungs- stunden</b>	<b>Behandlungs- stunden</b>	<b>Beatmungs- stunden</b>
<b>Kostenartengruppen</b>			
<b>1, 2, 3, 4a, 6a</b>	0,57	1,00	1,71

Die gewichteten Intensivstunden können als einheitliche Bezugsgröße für die Kostenzurechnung der Kostenartengruppen 1 bis 3, 4a und 6a herangezogen werden. Falls ein Krankenhaus eine differenzierte Gewichtung für die jeweiligen Dienstarten vornimmt, sollten die Sach-Gemeinkosten (Kostenar-

tengruppen 4a und 6a) nach den gewichteten Intensivstunden für den Pflegedienst verteilt werden.

Die für die Kostenträgerrechnung benötigten Leistungs- und Kostendaten zeigt beispielhaft folgende Tabelle:

**Tabelle 19: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße**

Intensivstation	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übr. med. Bedarf
<b>Leistungsdaten (der Kostenstelle)</b>	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden
<b>Kostendaten (der Kostenstelle)</b>	Gesamtkosten ärztlicher Dienst	Gesamtkosten übr. med. Bedarf
<b>Kalkulationssatz</b>	 = Gesamtkosten/ gew. Intensivstunden	 = Gesamtkosten/ gew. Intensivstunden
<b>Erläuterungen</b>	Gewichtung der Behandlungsintensität nach Beatmung, Behandlung, Überwachung	
<b>Besonderheiten</b>		

Als fallbezogene Leistungsdaten werden die gewichteten Intensivstunden benötigt. Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen das Gesamtleistungsvolumen der Kostenstelle (hier: gewichtete Intensivstunden über alle Behandlungsfälle) und die Gesamtkosten der Kostenartengruppe, bezogen auf die gesamte betrachtete Periode.

#### **Beispiel:**

##### **¶ Ermittlung der Kalkulationssätze**

Die Leistungsstatistik weist für die Intensivstation mit 15 Betten im Datenjahr 118.260 Intensivstunden aus. Diese teilen sich auf in 59.130 Überwachungsstunden, 35.820 Behandlungsstunden und 23.310 Beatmungsstunden. Die folgenden Tabellen zeigen am Beispiel des ärztlichen Dienstes die Rechenschritte für die Ermittlung der Kalkulationssätze:

Kostenstellenbezogene Leistungsdaten der Intensivstation			
Intensivstunden	Stunden (ungewichtet)	Gewichtungs- faktor	Stunden (gewichtet)
Überwachungsstunden	59.130	0,57	33.704
Behandlungsstunden	35.820	1,00	35.820
Beatmungsstunden	23.310	1,71	39.860
Summe	118.260		109.384

Das Gesamtvolumen der auf der Intensivstation angefallenen gewichteten Intensivstunden (LG) beträgt 109.384 Stunden. Unter der Annahme, dass die DRG-relevanten Kosten der Kostenstelle (K) für den ärztlichen Dienst 520.000 GE betragen, ergibt sich der Kalkulationsatz (KS) wie folgt:

$$\text{KS: } 520.000 \text{ GE} / 109.384 = 4,75 \text{ GE je gewichteter Intensivstunde}$$

Die benötigten Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten zeigt Tabelle 20:

**Tabelle 20: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten**

Intensivstation	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übr. med. Bedarf
Leistungsdaten (des Behandlungsfalls)	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden
Kostendaten (der Kostenstelle)	Kalkulationssatz ärztlicher Dienst	Kalkulationssatz übr. med. Bedarf

### Beispiel:

#### § Fallbezogene Kostenzuordnung

Eine Patientin lag 38 Stunden auf der Intensivstation. Die Verteilung der Stunden in Überwachungs-, Behandlungs- und Beatmungsstunden zeigt die nachfolgende Tabelle:

Verweilstunden	Fallbezogene Leistungsdaten (Beispielfall)		
	Stunden (ungewichtet)	Gewichtungs- faktor	Stunden (gewichtet)
Überwachungsstunden	24	0,57	14
Behandlungsstunden	10	1,00	10
Beatmungsstunden	4	1,71	7
Summe	38		31

Auf die Patientin entfallen 31 gewichtete Verweilstunden. Die dem Behandlungsfall zuzuordnenden Kosten (kf) des ärztlichen Dienstes der Intensivstation ergeben sich durch Multiplikation des zuvor errechneten Kostensatzes (KS) mit den der Patientin zuzuordnenden gewichteten Verweilstunden (lf):

$$\text{kf: } 4,75 \text{ GE} * 31 = 147,25 \text{ GE}$$

Die Leistungen des ärztlichen Dienstes der Intensivstation werden im fallbezogenen Datensatz der Patientin mit Kosten in Höhe von 147,25 GE bewertet.

#### Verrechnung der Kosten der medizinischen Infrastruktur (Modul 2.7) und der Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur (Modul 2.8)

Die Kosten der Infrastruktur werden auf Grundlage der ungewichteten Intensivstunden verteilt (ungewichtete Bezugsgrößenkalkulation mit dem Leistungsmerkmal „Intensivstunden“). Die für die Kostenträgerrechnung benötigten Leistungs- und Kostendaten zeigt die folgende Tabelle:

**Tabelle 21: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße**

Intensivstation	Gemeinkostenkalkulation	
	Kosten med. Infrastruktur	Kosten nicht med. Infrastruktur
Leistungsdaten (der Kostenstelle)	Ungewichtete Intensivstunden	Ungewichtete Intensivstunden
Kostendaten (der Kostenstelle)	Gesamtkosten med. Infrastruktur	Gesamtkosten nicht med. Infrastruktur
Kalkulationssatz	 = Gesamtkosten/ ungew. Intensivstunden	 = Gesamtkosten/ ungew. Intensivstunden
Erläuterungen		
Besonderheiten		

**Beispiel:**

- § Der Intensivstation sind Kosten für die medizinische Infrastruktur (K) in Höhe von 150.000 GE zugeordnet. Die Zahl der Intensivstunden (L) beträgt 118.260. Der Kostensatz je Intensivstunde (KS) errechnet sich wie folgt:

$$\text{KS: } 150.000 \text{ GE} / 118.260 = 1,27 \text{ GE}$$

Im Beispielfall sind der Patientin für die 38-stündige Verweildauer (lf) auf der Intensivstation Kosten (kf) in folgender Höhe zuzuordnen:

$$\text{kf: } 1,27 \text{ GE} * 38 = 48,26 \text{ GE}$$

Dem fallbezogenen Datensatz der Patientin sind 48,26 GE für Kosten der medizinischen Infrastruktur zuzurechnen.

**Prüfung der Datengrundlage**

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

*Leistungsdaten (der Kostenstelle)*

- ☒ Für jeden Fall mit Aufenthalt auf der Intensivstation liegen gewichtete Intensivstunden vor (auch für Kurzlieger bzw. Stundenfälle).
- ☒ Die Anwendung eines alternativen Pflegestufensystems wurde durch das InEK genehmigt.

*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], Transplantatkosten für Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion [Modul 10.5], Kosten für auf der Intensivstation erbrachte Dialyseleistungen [Kostenstellengruppe 3]).

### 6.3.4 Dialyseabteilung

#### Einbezogener Leistungsbereich

Der Leistungsbereich Dialyseabteilung umfasst zunächst eine im Krankenhaus vorhandene Dialyseabteilung oder eine vergleichbare Funktionseinheit.

Darüber hinaus sind dem Leistungsbereich aber auch alle Kosten für Dialyseleistungen bzw. verwandte Verfahren zuzuordnen, die an anderer Stelle im Krankenhaus erbracht werden (z.B. Intensivstation). Für einen einheitlichen Kostenausweis sind die dort anfallenden Dialysekosten entweder auf die Kostenstelle der Dialyseabteilung oder in eine separate Unterkostenstelle des jeweiligen Leistungsbereichs umzubuchen (dabei sind auch die Leistungsinformationen entsprechend einzubeziehen). Diese Unterkostenstellen werden dann der Kostenstellengruppe 3 zugeordnet.

*Alle Kosten für Dialysen und verwandte Verfahren sind unabhängig vom Leistungsort unter der KStGrp 3 auszuweisen*

Auch alle durch externe Institutionen durchgeführten Dialyseleistungen, deren Kosten dem Krankenhaus in Rechnung gestellt werden, sind in diesem Leistungsbereich zusammenzufassen (und nicht der die Leistung anfordernden Kostenstelle – i.d.R. die Normalstation – zuzuordnen). Falls das Krankenhaus keine eigene Dialyseabteilung besitzt, ist zu diesem Zweck eine separate Kostenstelle einzurichten und der Kostenstellengruppe 3 zuzuordnen.

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

#### Datengrundlage für die Kostenträgerrechnung

##### Einzelkostenkalkulation

Die Kosten teurer Sachgüter werden dem einzelnen Behandlungsfall gemäß den Vorgaben der Anlage 10 als Einzelkosten direkt zugeordnet. Einzelkosten in der Dialyseabteilung können z.B. besonders teure Arzneimittel bzw. Blutprodukte sein.

Kosten für Implantate und Transplantate (Modul 3.5) sind in der Dialyseabteilung nicht relevant.

Die benötigten Daten je Behandlungsfall zur Einzelkostenzurechnung zeigt Tabelle 22 am Beispiel der Einzelkosten für Arzneimittel:



**Tabelle 22: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Einzelkostenkalkulation (Modul 3.4b)**

Dialyseabteilung	Einzelkostenkalkulation
	<b>Einzelkosten Arzneimittel</b>
<b>Leistungsdaten (des Behandlungsfalles)</b>	Ist-Verbrauch bzw. Verbrauch der einbezogenen Artikel nach KVM
<b>Kostendaten</b>	Artikelkosten
<b>Alternative 1</b>	Anschaffungspreis je Artikel
<b>Alternative 2</b>	Durchschnittspreis je Artikel
<b>Erläuterungen</b>	Bitte Vorgaben der Anlage 10 beachten

Die Einzelkostenzurechnung setzt fallbezogene Leistungsinformationen voraus. Anlage 10 gibt artikelbezogen vor, ob die Sachmittelverbräuche fallindividuell 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 Behandlungsfall 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 6.2.1.

#### **Hinweise:**

- ❶ Die Kosten für Blutprodukte werden unabhängig vom Ort des Verbrauchs dem Kostenmodul 10.4b (Labor Einzelkosten Medikamente) zugeordnet (vgl. die besonderen Hinweise zur Einzelkostenzurechnung von Blutprodukten in Kap. 6.2.1.2).
- ❶ Die Kosten für Dialyseleistungen und verwandte Verfahren, die von Dritten durchgeführt werden, sind den Fällen als Einzelkosten zuzuordnen und in Modul 3.6b auszuweisen. Falls das Krankenhaus über keine eigene Dialyseabteilung verfügt, ist die in Kapitel 7.4 zum

Stichwort „Untersuchungen in fremden Instituten“ beschriebene Vorgehensweise analog umzusetzen.

- ❶ Beim Verfahren der Immunadsorption tritt die Besonderheit auf, dass die dabei benötigten Filter mehrmals für denselben Patienten, ggf. während verschiedener Aufenthalte, zum Einsatz kommen können. Aus diesem Grund werden die Filterkosten nicht fallindividuell kalkuliert. Stattdessen ist ein Kostensatz je Verfahrensanwendung über alle betroffenen Patienten der Periode zu bilden. Die Kalkulationsschritte sind in Kapitel 6.2.1.2 erläutert.

### Gemeinkostenkalkulation

**Verrechnung der Personalkosten ärztlicher Dienst (Modul 3.1), Personalkosten Pflegedienst (Modul 3.2), Personalkosten des med.-technischen Dienstes und Funktionsdienstes (Modul 3.3), Sachkosten Arzneimittel (Modul 3.4a), Sachkosten übriger med. Bedarf (Modul 3.6a), Kosten der medizinischen Infrastruktur (Modul 3.7) und Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur (Modul 3.8)**

Charakteristisch für die Leistungen der Dialyseabteilung ist der weitgehend standardisierte Ablauf bei der Durchführung der verschiedenen Verfahrensorten. Daher sind für jede Verfahrensort Standardkosten zu berechnen, die eine Gewichtung der Leistungen bei der Fallkostenzurechnung entsprechend dem unterschiedlichen Ressourceneinsatz ermöglichen.

Die Kostenverteilung der Dialyseabteilung erfolgt ausschließlich anhand der Bezugsgröße „gewichtete Dialysen“. Die Gewichtung bezieht sich auf die Dialysearten und wird hausintern anhand der berechneten Standardkosten je Verfahrensort festgelegt. Eine Verrechnung der Kosten über ungewichtete Bezugsgrößen ist nicht zulässig.

*Verteilung der Kosten  
ausschließlich über ge-  
gewichtete Dialysen*

Als Leistungsdaten werden für jeden Fall Anzahl und Art der durchgeführten Dialyseverfahren benötigt. Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen die Gesamtkosten der Kostenartengruppe und das Gesamtleistungsvolumen der Kostenstelle (hier: gewichtete Dialysen), bezogen auf die gesamte betrachtete Periode.

### Betrachtete Leistungen

Die folgende Übersicht zeigt die verschiedenen Dialyseverfahren sowie weitere verwandte Verfahren, die für die Fallkostenkalkulation im Leistungsbe-  
reich Dialyseabteilung relevant sind (es gilt die jeweils aktuelle Version des OPS).

**Tabelle 23: Im Bereich Dialyseabteilung zu kalkulierendes Leistungsspektrum**

OPS V. 2007	Bezeichnung
<b>8-820</b>	<b>Therapeutische Plasmapherese</b>
8-820.0	Mit normalem Plasma
8-820.1	Mit kryodepletiertem Plasma
<b>8-821</b>	<b>Immunadsorption</b>
8-821.0	Mit nicht regenerierbarer Säule
8-821.1	Mit regenerierbarer Säule
<b>8-822</b>	<b>LDL-Apherese</b>
<b>8-823</b>	<b>Zellapherese</b>
<b>8-824</b>	<b>Photopherese</b>
<b>8-825</b>	<b>Spezielle Zellaphereseverfahren</b>
8-825.0	Zellapherese mit Adsorption von Granulozyten und Monozyten an Zellulose-Perlen
8-825.1	Zellapherese mit Adsorption von Granulozyten, Monozyten und Lymphozyten in einem Polypropylen-Adsorptionsfilter
8-825.x	Sonstige
<b>8-853</b>	<b>Hämofiltration</b>
8-853.1	Kontinuierlich, arteriovenös (CAVH)
8-853.3	Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-853.4	Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-853.5	Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-853.6	Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-853.7	Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-853.8	Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-853.x	Sonstige
8-853.y	N.n.bez.
<b>8-854</b>	<b>Hämodialyse</b>
8-854.2	Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-854.3	Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-854.4	Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-854.5	Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-854.6	Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-854.7	Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-854.x	Sonstige
8-854.y	N.n.bez.
<b>8-855</b>	<b>Hämodiafiltration</b>
8-855.1	Kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF)
8-855.3	Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-855.4	Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-855.5	Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

OPS V. 2007	Bezeichnung
8-855.6	Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-855.7	Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-855.8	Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-855.x	Sonstige
8-855.y	N.n.bez.
<b>8-856</b>	<b>Hämoperfusion</b>
<b>8-857</b>	<b>Peritonealdialyse</b>
8-857.0	Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)
8-857.1	Kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)
8-857.2	Intermittierend, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten
8-857.x	Sonstige
8-857.y	N.n.bez.
<b>8-858</b>	<b>Extrakorporale Leberersatztherapie (Leberdialyse)</b>

Diese Verfahren können in ambulanter, teilstationärer oder vollstationärer Versorgungsform erbracht werden.

Die Kosten von Dialyseleistungen sind DRG-relevant, wenn die Dialyse der Regelung in § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG unterliegt.

Die nachfolgenden Kalkulationsvorgaben gelten grundsätzlich für teilstationäre und vollstationäre Versorgung gleichermaßen, anderenfalls wird auf konkrete Besonderheiten hingewiesen. Die Hinweise zur Fallkostenzurechnung für teilstationäre Leistungen in Kapitel 7.2 schließen ausdrücklich nicht die hier betrachteten Leistungen der Dialyseabteilung ein (allerdings: die Vorgabe zur Falldefinition ist auch für Dialysen und verwandte Verfahren unbedingt umzusetzen!).

## Standardkostenberechnung und Fallkostenzuordnung

### 1. Schritt: Festlegen der zu kalkulierenden Leistung

Bei der Standardkostenkalkulation ist zwischen intermittierenden und kontinuierlichen Verfahren zu unterscheiden:

Intermittierende Verfahren bezeichnen in ihrem Umfang und zeitlichen Verlauf gleichförmige Leistungen, die mit dem Ende eines einzelnen Zyklus abgeschlossen sind. Sie werden meistens in einem regelmäßigen Turnus erbracht. So kann z.B. für eine intermittierende Hämodialyse von einer 3- bis 5-stündigen Zyklusdauer in einem Turnus von 2 Tagen ausgegangen werden.

*Der Standardkostenkalkulation liegen unterschiedliche Bezugsgrößen für intermittierende und kontinuierliche Verfahren zugrunde*

Bei intermittierenden Verfahren stellt das in einem abgeschlossenen Zyklus durchgeführte therapeutische Verfahren die Bezugsgröße der Standardkostenkalkulation dar.

Bei kontinuierlichen Verfahren wird ebenfalls ein gleichförmiger Leistungsumfang erbracht, die Dauer des Verfahrens richtet sich jedoch nach den patientenindividuellen Erfordernissen und kann daher stark schwanken. Zu Kalkulationszwecken ist deshalb eine einheitliche Bezugsgröße für die Verfahrensdauer festzulegen.

Bei kontinuierlichen Verfahren bildet der innerhalb von 24 Stunden erbrachte Leistungsumfang die Bezugsgröße der Standardkostenkalkulation.

**Hinweise:**

- ❶ Die für kontinuierliche Verfahren im OPS-Katalog über 6-stellige Codes abgebildeten Zeitintervalle sind für die Fallkostenkalkulation nicht als Bezugsgröße heranzuziehen. Bei kontinuierlichen Verfahren dient allein das oben genannte 24-Stunden-Intervall als Bezugsleistung der Standardkostenkalkulation.
- ❶ Das einzelne Krankenhaus kann die zu kalkulierenden Leistungen – ausgehend von der beschriebenen Mindestanforderung – weiter differenzieren. Eine mögliche weitere Leistungs differenzierung könnte sich z.B. auf die Unterscheidung nach interkurrenten Dialysen, Akut- oder Intensiv-Dialysen beziehen.
- ❶ Bei der Leistungsdokumentation ist darauf zu achten, dass die durchgeführten Verfahren entsprechend den für die Fallkostenkalkulation festgelegten Bezugsgrößen erfasst werden. Bei intermittierenden Verfahren sind somit je Fall Art und Anzahl der durchgeführten Verfahren mittels OPS-Kodes zu dokumentieren, bei kontinuierlichen Verfahren Art und Dauer in Stunden je Fall.
- ❶ Für teilstationär durchgeführte Dialysen sind die Vorgaben des Kapitels 7.2 zur Falldefinition unbedingt zu beachten.

**2. Schritt: Berechnung von Standardkosten**

Standardkosten werden für jede Verfahrensart berechnet, die das Krankenhaus durchführt. Als Grundlage der Berechnung dient ein vom Krankenhaus zu erstellender standardisierter Leistungsumfang je Verfahrensart. Dieser soll sich auf den für die jeweilige Patientengruppe im Durchschnitt anfallenden Umfang an Personal- und Sachmitteleinsatz beziehen. Dazu können entweder die Daten einer Stichprobe an Fällen herangezogen oder Expertenschätzungen zugrunde gelegt werden.

*Standardkosten werden vom Krankenhaus für einen durchschnittlich anfallenden Personal- und Sachmitteleinsatz berechnet*

In die Berechnung der Standardkosten gehen nur die unmittelbar mit dem Verfahren zusammenhängenden Personal- und Sachleistungen und deren Kosten ein. Im weiteren Sinne mit Dialyseleistungen in Verbindung stehende Leistungen bzw. Kosten der direkten Kostenstellen (z.B. Kosten, die bei der Betreuung von Dialysepatienten auf der Normalstation anfallen) werden in den jeweiligen Leistungsbereichen über die dort anzuwendende Bezugsgröße in die Berechnung einbezogen.

Die in den Standard aufgenommenen Personal- und Sachleistungen sind mit Kosten zu bewerten:

- Bei Personalleistungen wird ein dienstartspezifischer Kostensatz je Leistungsminute zugrunde gelegt;
- bei Sachkosten werden die in der Materialwirtschaft erfassten Brutto-Artikelkosten herangezogen.

Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur werden im Standard nicht berücksichtigt, da sich kein unmittelbarer Bezug zur Leistung herstellen lässt. Diese Kosten werden unter Verwendung der verfahrensbezogenen Standardkosten als Verteilschlüssel den Fällen zugerechnet (vgl. die Erläuterungen unter Nr. 4).

Die folgenden Beispiele zeigen – ohne Anspruch auf Allgemeingültigkeit – je einen Standard für ein intermittierendes und ein kontinuierliches Verfahren:

**Beispiele:****§** Standardleistungen und -kosten der intermittierenden Hämodiafiltration

Hämodiafiltration, intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation OPS (Version 2007): 8-855.3 Bezug: Zyklus					
KoAGr	Leistungen	Einheit	Menge	Kosten/ME	Kosten
Personal					
1	Ärztlicher Dienst	Min Tätigk.	30	0,85	25,50
2	Pflegedienst	Min Tätigk.	120	0,45	54,00
Sachmittel					
Medikamente					
4a	Dialyselösung 2 l/Std.	Liter	10	2,60	26,00
4a	Heparin	Stück	1	3,50	3,50
Übriger med. Bedarf					
6a	Materialset inkl. Schlauchsystem	Stück	1	69,00	69,00
6a	Katheter	Stück	1	58,00	58,00
6a	Sonstiges	Stück	1	5,00	5,00
Infrastruktur					
7	Gerätewartung	Min Einsatz	300	0,01	3,00
Gesamtkosten pro Zyklus					244,00

Dem Standard liegt eine angenommene durchschnittliche Zyklusdauer von 5 Stunden zugrunde. Die Tätigkeitszeiten des Personals stellen Durchschnittswerte über die betrachtete Patientengruppe dar. Die Kosten der Antikoagulation mit Heparin wurden entsprechend der Verteilung in der betrachteten Patientengruppe einbezogen.

§ Standardleistungen und -kosten der kontinuierlichen Hämodialyse, venovenös, pumpengetrieben

Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation OPS (Version 2007): 8-854.6 Bezug: 24 Stunden Verfahrensdauer					
KoAGr	Leistungen	Einheit	Menge	Kosten/ME	Kosten
Personal					
1	Ärztlicher Dienst	Min Tätigk.	30	0,85	25,50
2	Pflegedienst	Min Tätigk.	120	0,45	54,00
Sachmittel					
Medikamente					
4a	Dialyselösung 2 l/Std	Liter	48	2,60	124,80
4a	Heparin	Stück	1	3,10	3,10
4a	NaCl	Liter	6	0,70	4,20
Übriger med. Bedarf					
6a	Materialset CVVHD	Stück	0,8	120,00	96,00
6a	Katheter (Doppellumen)	Stück	1	58,00	58,00
6a	Sonstiges	Stück	1	5,00	5,00
Infrastruktur					
7	Gerätewartung	Min Einsatz	1440	0,01	14,40
Gesamtkosten pro 24 Stunden					385,00

Die Standarderstellung bei kontinuierlichen Verfahren orientiert sich an den Leistungsinhalten einzelner Teilprozesse des Gesamtverfahrens. Bei der kontinuierlichen Hämodialyse (CVVHD) ließen sich z.B. unterscheiden:

- Phase 1: Anlage des Katheters
- Phase 2: Kontinuierlicher Betrieb
- Phase 3: Wechsel bzw. Abbau der Filtereinrichtung

Der im Standard abgebildete Personal- und Sachmitteleinsatz ist auf 24 Stunden Verfahrensdauer bezogen. Die Tätigkeitszeiten des Personals stellen Durchschnittswerte über die betrachtete Patientengruppe dar. Die Kosten der Antikoagulation mit Heparin wurden entsprechend der Verteilung in der betrachteten Patientengruppe einbezogen. Da das Materialset bei einem Teil der Patienten länger als 24 Stunden in Verwendung war, wurde es dementsprechend mit einem Faktor kleiner 1 im Standard gewichtet.



### 3. Schritt: Durchführung von ggf. erforderlichen Umbuchungen

Damit alle für Dialysen und verwandte Verfahren entstehenden Kosten in der Kostenstellengruppe 3 (Dialyseabteilung) ausgewiesen werden können, müssen die Kosten der in einem anderen Leistungsbereich erbrachten Verfahren auf die Kostenstelle „Dialyseabteilung“ oder eine andere dafür eingerichtete Unterkostenstelle umgebucht werden.

Die Umbuchungsbeträge werden je Kostenartengruppe bestimmt, indem die Werte der Standardkostenberechnung mit der Zahl erbrachter Leistungen je Verfahrensart multipliziert und die Kosten über alle einbezogenen Verfahrensarten addiert werden.

#### **Hinweise:**

- ❶ Bei Umbuchungen sind auch die korrespondierenden Leistungsinformationen umzugliedern.
- ❷ Ggf. eingerichtete Unterkostenstellen sind der Kostenstellengruppe 3 (Dialyseabteilung) zuzuordnen.

### 4. Schritt: Fallkostenzuordnung

Die verschiedenen Verfahrensarten sind mit Standardkosten entsprechend ihrem Ressourcenverbrauch bewertet. Jedem Behandlungsfall sind Kosten entsprechend der Anzahl in Anspruch genommener Leistungen zuzuordnen. Dem Einzelfall wird je Leistung jedoch nicht der absolut berechnete Standardkostenwert zugewiesen, vielmehr dienen die Standardkosten als Verteilschlüssel für die Zuordnung der Kostenstellenkosten. Damit erfüllen die berechneten Standardkosten als dimensionslose Zahl eine identische Funktion wie die in Standard-Leistungskatalogen (DKG-NT, GOÄ, EBM) verzeichneten Punktzahlen je Leistung.

Für die Kostenzurechnung auf den einzelnen Behandlungsfall ist bei intermittierenden Verfahren die Anzahl der durchgeführten Leistungen, bei kontinuierlichen Verfahren die dokumentierte Verfahrensdauer in Stunden maßgeblich.

Bei intermittierenden Verfahren wird somit der ermittelte Zurechnungsbetrag je Leistung mit der Anzahl der für einen Behandlungsfall erbrachten Leistungen multipliziert. Bei kontinuierlichen Verfahren ist der für ein Leistungsintervall von 24 Stunden ermittelte Zurechnungsbetrag auf die dokumentierte Stundenzahl zu beziehen.

*Die berechneten Standardkosten dienen als Verteilschlüssel für die fallbezogene Zurechnung der Kostenstellenkosten*

Das folgende Beispiel verdeutlicht das Verfahren:

**Beispiel:**

**§ Fallkostenzuordnung in der Dialyseabteilung**

In einer Kostenstelle „Dialyseabteilung“ liegen für das Datenjahr folgende Angaben zur Zahl der durchgeführten Leistungen und deren Standardkosten vor:

Verfahrensart	Leistungs- einheit	Dokumen- tierte Anzahl	Standard- kosten	Gesamt- kosten
Hämodialyse kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	24 Std.	1.505	385	579.425
Hämofiltration, intermittierend	Zyklus	680	570	387.600
Hämodiafiltration, intermittierend	Zyklus	550	244	134.200
Peritonealdialyse kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)	24 Std.	1.270	110	139.700
Summe				1.240.925

Die Kostenstellenauswertung für das Datenjahr zeigt folgende Werte:

Kostenstelle Dialyseabteilung		
KoAGr	Bezeichnung	Kosten
1	Ärztlicher Dienst	133.000
2	Pflegedienst	234.000
04a	Medikamente	452.000
06a	Übr. med. Sachkosten	368.000
7	Med. Infrastruktur	56.000
8	Nicht med. Infrastruktur	154.000
Gesamt		1.397.000

Beispielhaft werden die Kosten je Kostenartengruppe für eine Leistungseinheit (24-Stunden-Intervall) der kontinuierlichen Hämodialyse (CVVHD) berechnet. Dazu werden folgende Rechengrößen benötigt:

LG: Gewichtete Gesamtleistung der Kostenstelle  
(Anzahl Leistungen \* Standardkosten = 1.240.925)

K1 bis Kn: DRG-relevante Kosten je Kostenartengruppe der Kostenstelle

Der Kalkulationssatz (KS) je Kostenartengruppe ergibt sich aus

$$KS = K1 / LG \dots Kn / LG$$

Je Kostenartengruppe wird der Kalkulationssatz mit dem berechneten Standardkostenwert (= 385) der kontinuierlichen Hämodialyse (CVVHD) multipliziert. Daraus errechnen sich folgende Beträge:

Hämodialyse (CVVHD) je 24 Stunden		
KoAGr	Bezeichnung	Kosten
1	Ärztl. Dienst	41,26
2	Pflegedienst	72,60
04a	Medikamente	140,23
06a	Übr. med. Sach.	114,17
7	Med. Infrastrukt.	17,37
8	Nicht med. Infra.	47,78
Gesamt		433,42

In dem Zurechnungsbetrag in Höhe von 433,42 GE sind nunmehr auch anteilig die Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur enthalten.

Bei einem Behandlungsfall sei eine Verfahrensdauer von 38 Stunden für eine kontinuierliche Hämodialyse (CVVHD) dokumentiert. Die dem Behandlungsfall zuzuordnenden Kosten ergeben sich, indem die für das 24-Stunden-Intervall berechneten Kosten durch 24 dividiert und mit 38 multipliziert werden:

Hämodialyse (CVVHD) je 24 Stunden				
KoAGr	Bezeichnung	Kosten	/ 24	* 38
1	Ärztl. Dienst	41,26	1,72	65,36
2	Pflegedienst	72,60	3,03	115,14
04a	Medikamente	140,23	5,84	221,92
06a	Übr. med. Sach.	114,17	4,76	180,88
7	Med. Infrastrukt.	17,37	0,72	27,36
8	Nicht med. Infra.	47,78	1,99	75,62
Gesamt		433,42	18,06	686,28

Dem Behandlungsfall sind die in der rechten Spalte dargestellten Kosten je Kostenartengruppe, insgesamt 686,28 GE, zuzurechnen.

### ***Prüfung der Datengrundlage***

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

#### *Leistungsdaten (der Kostenstelle)*

- ☒ Für jeden Fall mit Dialyseleistung liegen Angaben zum durchgeführten Verfahren sowie – bei kontinuierlichen Verfahren – zur Verfahrensdauer vor.
- ☒ Die Leistungsinformationen umfassen sowohl die in der Dialyseabteilung erbrachten Leistungen als auch die in anderen Bereichen des Krankenhauses (in erster Linie Normal- oder Intensivstation) durchgeführten Leistungen.
- ☒ Die je Fall vorliegenden Verfahrensinformationen korrespondieren mit den zu dem Fall dokumentierten OPS-Kodes.

#### *Kostendaten (der Kostenstelle)*

- ☒ Die Einbeziehung der Kosten für Dialyseleistungen, die nicht in der Dialyseabteilung erbracht wurden, ist durch entsprechende Kostenumgliederungen in die Kostenstellengruppe 3 sichergestellt.
- ☒ Kosten für extern bezogene Dialyseleistungen sind der Kostenstellengruppe 3 zugeordnet. Falls Dialyseleistungen vollständig extern bezogen werden, wurde für die angefallenen Kosten eine separate Kostenstelle eingerichtet.
- ☒ Die Hinweise für die Kalkulation der Kosten besonders teurer Sachgüter (z.B. Filter für Immunadsorption) wurden beachtet.

## **6.3.5 OP-Bereich**

### **Einbezogener Leistungsbereich**

Zum OP-Bereich zählen alle Leistungsstellen, in denen unter Gewährleistung steriler Umgebungsbedingungen Maßnahmen am Patienten (Operationen oder interventionelle Verfahren mit Hautschnitt und -naht) durchgeführt werden. Im Allgemeinen sind damit im Krankenhaus die jeweiligen Operationssäle der „schneidenden“ Fachabteilungen bzw. ein gemeinsamer zentraler Operationstrakt dem Leistungsbereich zuzuordnen. Auch im OP durchgeführte Implantationen von Herzschrittmachern werden in dieser Kostenstellengruppe dargestellt. Ebenfalls dem OP-Bereich zuzuordnen sind verschiedentlich als „Eingriffsraum“ bezeichnete Leistungsstellen wie z.B. für Operationen an Augen, Hals, Nasen und Ohren, Mund, Kiefer und Zähnen oder Räume für fachgebietstypische Eingriffe wie z.B. transurethrale Resektionen (Urologie) oder Sectiones (Geburtshilfe). Sofern für einzelne

(Urologie) oder Sectiones (Geburtshilfe). Sofern für einzelne spezielle Funktionen, die während einer Operation am Patienten zum Einsatz kommen (z.B. „OP-Roboter“ oder „Kardiotechnik“ für den Einsatz der Herz-Lungen-Maschine), eigene Kostenstellen eingerichtet wurden, werden diese gleichfalls dem OP-Bereich zugeordnet.

Nicht zum OP-Bereich zählen die Funktionsräume für kardiologische Interventionen (Kostenstellengruppe 7) und für endoskopische Verfahren (Kostenstellengruppe 8).

Der Aufwachraum ist der Anästhesie (Kostenstellengruppe 5) zuzuordnen.

Nicht dem OP-Bereich, sondern der medizinischen Infrastruktur sind alle separat eingerichteten Leistungsstellen zuzuordnen, die im Zusammenhang mit Operationen unterstützende Funktionen nicht unmittelbar am Patienten übernehmen (z.B. Sterilisation, OP-Management/Koordination, OP-Lager, Versorgung medizinische Gase).

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

## **Datengrundlage für die Kostenträgerrechnung**

### **Einzelkostenkalkulation**

Die Kosten teurer Sachgüter werden dem einzelnen Behandlungsfall gemäß den Vorgaben der Anlage 10 als Einzelkosten direkt zugeordnet. Einzelkosten im OP-Bereich können beispielsweise teure Medikamente (z.B. implantierbare Antibiotikaträger), Prothesen oder andere Implantate und implantierbare Aggregate sein. Transplantatkosten sind unter bestimmten Voraussetzungen als Einzelkosten einzubeziehen (vgl. Kap. 7.1). Die Kosten der Blutprodukte werden als Einzelkosten unabhängig vom Ort des Verbrauchs in Modul 10.4b ausgewiesen (vgl. Kap. 6.2.1.2). Die nachfolgende Tabelle zeigt die benötigten Daten am Beispiel für Einzelkosten der Implantate.

**Tabelle 24: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Einzelkostenkalkulation (Modul 4.5)**

OP-Bereich	Einzelkostenkalkulation
	<b>Einzelkosten Implantate</b>
<b>Leistungsdaten (des Behandlungsfalles)</b>	Ist-Verbrauch bzw. Verbrauch der einbezogenen Artikel nach KVM
<b>Kostendaten</b>	Artikelkosten
<b>Alternative 1</b>	Anschaffungspreis je Artikel
<b>Alternative 2</b>	Durchschnittspreis je Artikel
<b>Erläuterungen</b>	Bitte Vorgaben der Anlage 10 beachten

Die Einzelkostenzurechnung setzt fallbezogene Leistungsdaten voraus. Anlage 10 gibt artikelbezogen vor, ob die Sachmittelverbräuche fallindividuell 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 Behandlungsfall 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 6.2.1.

### Gemeinkostenkalkulation

Die Leistungen des OP-Bereichs stellen einen wesentlichen Kostenblock innerhalb der Fallkosten dar. Damit insbesondere auf dieser Kostenstelle die Qualität und Validität der Ergebnisse gewährleistet ist, wird die Kostenverrechnung in diesem Leistungsbereich so differenziert wie möglich verbindlich festgelegt. Eine Verteilung der Kosten des OP-Bereichs nach der ungewichteten Bezugsgrößenkalkulation mit dem Leistungsmerkmal „Zahl der operierten Fälle“ ist für die Ermittlung der Fallkosten nicht zulässig.

Für die Verteilung der Kosten des OP-Bereichs sind folgende fallbezogene Leistungsinformationen zu verwenden:

**Schnitt-Naht-Zeit**

Unter dem Begriff der Schnitt-Naht-Zeit versteht man die Zeitspanne vom Beginn des ersten Hautschnitts bis zum Abschluss der letzten Hautnaht. Die Schnitt-Naht-Zeit als direkt am Patienten erbrachte Leistungszeit ist für alle Dienstarten identisch.

*Schnitt-Naht-Zeit als Zeitspanne vom ersten Hautschnitt bis zur letzten Hautnaht*

**Gleichzeitigkeitsfaktor (GZF) oder Mehrfachbesetzung**

An jeder Operation sind mehrere Personen verschiedener Dienstarten beteiligt. Die Anzahl gleichzeitig tätiger Personen wird durch den Gleichzeitigkeitsfaktor zum Ausdruck gebracht. Dieser kann durch die individuelle Erfassung der Tätigkeitszeit für jede an der Operation (auch nur zeitweilig) beteiligte Person durch das OP-Dokumentationssystem ermittelt werden. Fehlt diese Information, so kann ein dienstartbezogener standardisierter Gleichzeitigkeitsfaktor für die verschiedenen Eingriffsarten definiert werden, der die zeitanteilige Tätigkeit der einzelnen Personen berücksichtigt.

*Berücksichtigung der Mehrfachbesetzung direkt über die Zeitauswertung oder über Bildung von Gleichzeitigkeitsfaktoren (GZF)*

**Beispiel:**

- § Bei einer Schnitt-Naht-Zeit von 60 Minuten, einem in dieser Zeit operierenden Arzt und der zeitweiligen Beteiligung eines zweiten Arztes von 30 Minuten beträgt der Gleichzeitigkeitsfaktor insgesamt 1,5 ( $((60 + 30) \text{ Minuten} / 60 \text{ Minuten} = 1,5)$ ).

**Rüstzeit**

Die Rüstzeit umfasst die Zeitspanne, die für die Vorbereitung und die Nachbereitung einer Operation erforderlich ist. Die in die Rüstzeit einzubeziehenden Tätigkeiten variieren zwischen den Dienstarten.

*Rüstzeit als Vor- und Nachbereitungszeiten einer Operation*

**Tabelle 25: Tätigkeiten im Rahmen der Rüstzeiten unterschiedlicher Dienstarten im OP-Bereich**

<b>Ärztlicher Dienst:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Umkleiden, Händedesinfektion</li><li>➤ Vorbereitung und Lagerung des Patienten im OP</li><li>➤ Postoperative Patientenversorgung im OP</li><li>➤ Bericht, Dokumentation</li></ul>
<b>Med.-technischer Dienst und Funktionsdienst:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Umkleiden, Händedesinfektion</li><li>➤ Vorbereitung Operationssaal</li><li>➤ Vorbereitung und Lagerung des Patienten im OP</li><li>➤ Postoperative Patientenversorgung im OP</li><li>➤ Postoperative Nachbereitung des Operationssaals</li><li>➤ Dokumentation</li></ul>



Rüstzeiten, die nicht im Zusammenhang mit einer einzelnen Operation stehen (z.B. das einmal wöchentlich erfolgende Bestücken des OP-Saals mit Materialien und Medikamenten), werden nicht explizit berücksichtigt, sondern fließen über die Höhe des Verrechnungssatzes in die Kalkulation ein. Wartezeiten oder Wegezeiten sind nicht Bestandteil der Rüstzeiten.

**Verrechnung der Personalkosten ärztlicher Dienst (Modul 4.1) und der Personalkosten des medizinisch-technischen Dienstes und Funktionsdienstes (Modul 4.3)**

Die Verteilung der Personalkosten im OP erfolgt nach der gewichteten Bezugsgrößenkalkulation auf Grundlage der fallbezogenen Schnitt-Naht-Zeit unter Berücksichtigung des Gleichzeitigkeitsfaktors und der Rüstzeit. Die für die Kostenträgerrechnung benötigten Leistungs- und Kostendaten zeigt die folgende Tabelle:



**Tabelle 26: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße**

OP-Bereich	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Personalkosten FD/MTD
<b>Leistungsdaten (der Kostenstelle)</b>	Schnitt-Naht-Zeit mit GZF und Rüstzeit	Schnitt-Naht-Zeit/HLM-Zeit mit GZF und Rüstzeit
<b>Kostendaten (der Kostenstelle)</b>	Gesamtkosten ärztlicher Dienst	Gesamtkosten FD/MTD
<b>Kalkulationssatz</b>	 = Gesamtkosten/ gesamte Leistungszeit (KoAGrp 1)	 = Gesamtkosten/ gesamte Leistungszeit (KoAGrp 3)
<b>Erläuterungen</b>	GZF = Gleichzeitigkeitsfaktor HLM = Herz-Lungen-Maschine Leistungszeit je Fall = Schnitt-Naht-Zeit * GZF + Rüstzeit Gesamte Leistungszeit = Summe aller Fälle (Schnitt-Naht-Zeit * GZF + Rüstzeit)	
<b>Besonderheiten</b>	Keine Einbeziehung von Leistungszeiten bei Patienten in belegärzt- licher Versorgung	Kostenzurechnung für Kardiotechniker über HLM-Zeit

Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen die Gesamtkosten der Kostenartengruppe und das Gesamtleistungsvolumen der Kostenstelle, bezogen auf die gesamte betrachtete Periode. Das Gesamtleistungsvolumen wird für jede Dienststart gesondert ermittelt und ergibt sich für die verschiedenen Kostenartengruppen als Summe über alle Behandlungsfälle nach folgenden Formeln:

**KoAGrp 1:**      **Schnitt-Naht-Zeit \* Anzahl Personen + Rüstzeit**

**KoAGrp 3:**      **Schnitt-Naht-Zeit \* Anzahl Personen + Rüstzeit,**  
zusätzl. bei Einsatz Kardiotechniker:  
**HLM-Zeit + Rüstzeit**

**KoAGrp 4a, 6a, 7, 8:**      **Schnitt-Naht-Zeit + Rüstzeit**

**Hinweise:**

- ❶ Soweit Belegärzte oder anderes Belegpersonal im OP zum Einsatz kommen, sind für die Berechnung des Kalkulationssatzes je Leistungsminute die dokumentierten Gesamtzeiten um die durch Belegpersonal geleisteten Zeiten zu vermindern.
- ❶ Wird im OP nicht im Krankenhaus angestelltes Personal (z.B. im Rahmen einer Arbeitnehmerüberlassung – kein Belegpersonal) tätig, sind die Tätigkeitszeiten dieses Personals in das Gesamtleistungsvolumen der betreffenden Dienststart einzubeziehen.
- ❶ Bei Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine und deren Betreuung durch einen Kardiotechniker beträgt der GZF grundsätzlich 1 (in medizinisch begründeten Ausnahmefällen auch höher).
- ❶ Soweit die Zahl der an der Operation beteiligten Personen fallbezogen nicht zur Verfügung steht, kann ggf. auf die im Rahmen einer OP-Analyse nach Eingriffsart differenziert ermittelte durchschnittliche Zahl der teilnehmenden Personen zurückgegriffen werden.
- ❶ Ist die Kostenstelle „OP-Bereich“ in mehrere Unterkostenstellen beispielsweise für einzelne OP-Säle gegliedert, ist die fallbezogene Kostenzuordnung für jede Kostenstelle gesondert durchzuführen.

Als fallbezogene Leistungsdaten werden Schnitt-Naht-Zeit und Anzahl beteiligter Personen (Gleichzeitigkeitsfaktor) sowie je beteiligter Dienststart die Rüstzeit benötigt. Die erforderlichen Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten zeigt Tabelle 27:

**Tabelle 27: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten**

OP-Bereich	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Personalkosten FD/MTD
<b>Leistungsdaten (des Behandlungsfalls)</b>	Schnitt-Naht-Zeit mit GZF und Rüstzeit	Schnitt-Naht-Zeit mit GZF und Rüstzeit
<b>Kostendaten (der Kostenstelle)</b>	Kalkulationssatz ärztlicher Dienst	Kalkulationssatz FD/MTD

Für Gleichzeitigkeiten und Rüstzeiten können dienstartbezogene Standards für die verschiedenen Eingriffsarten gebildet werden. Soweit Kardiotechniker an der Operation beteiligt sind, werden deren Kosten über die HLM-Zeit (Zeitspanne, in der der Patient an der laufenden Herz-Lungen-Maschine angeschlossen ist) im Rahmen der Kostenartengruppe 3 dem einzelnen Be-

handlungsfall zugeordnet. Liegen keine Informationen über die Anzahl beteiligter Personen vor, kann der Gleichzeitigkeitsfaktor für den Funktionsdienst standardisiert mit 2 und für den medizinisch-technischen Dienst (Kardiotechniker) mit 1 angesetzt werden.

### Beispiele:

- § In einem Krankenhaus enthält die OP-Dokumentation neben der Schnitt-Naht-Zeit für jeden an der Operation beteiligten Mitarbeiter die Leistungszeit als Zeitspanne der Präsenz des Mitarbeiters am Patienten. Die Zeitangaben sind für jede Operation nach Dienstarten differenziert erfasst. Für einen Patienten liegen die folgenden Angaben vor:

Mitarbeiter	Minuten je Mitarbeiter ÄD		
	S-N-Zeit	GZF	Leistungszeit
ÄD 1	195	1,0	195
ÄD 2	195	1,0	195
ÄD 3	195	0,5	98
Summe		2,5	488

Mitarbeiter	Minuten je Mitarbeiter FD/MTD		
	S-N-Zeit	GZF	Leistungszeit
FD 1	195	1,0	195
FD 2	195	1,0	195
MTD 1	195	0,4	*78
Summe		2,4	468

\*) Berücksichtigung der HLM-Zeit

Rüstzeiten werden für die beteiligten Dienstarten selten fallbezogen erfasst. Bei Fehlen einer entsprechenden Dokumentation sollten die Rüstzeiten je Dienstart vereinfacht als Standard-Rüstzeiten, differenziert für Prozeduren(-gruppen), angesetzt werden. Gleichzeitigkeitsfaktoren werden bei der Rüstzeit nicht berücksichtigt.

Dienststart	Rüstzeit
ÄD	30
FD/MTD	45
Summe	75

Als Leistungszeiten sind auf dieser Basis für den Beispielfall zu berücksichtigen:

ÄD: 488 Minuten (S-N-Zeit, GZF) + 30 Minuten (Rüstzeit) =  
518 Minuten

FD/MTD: 468 Minuten (S-N-Zeit, GZF) + 45 Minuten (Rüstzeit) =  
513 Minuten

Die Summe der Leistungszeiten des ärztlichen Dienstes (S-N-Zeit mit GZF, Rüstzeit) betrug über alle 5 OP-Säle des Krankenhauses im Datenjahr 754.690 Minuten. Unter der Annahme, dass die DRG-relevanten Kosten der Kostenstelle (K) für den ärztlichen Dienst 630.000 GE betragen, ergibt sich der Kalkulationssatz (KS) wie folgt:

KS:  $630.000 \text{ GE} / 754.690 = \underline{0,83 \text{ GE je Leistungsminute}}$

Für den oben dokumentierten Fall ergeben sich durch Multiplikation des Kostensatzes je Leistungsminute (KS) mit der fallbezogenen Leistungszeit (lf) des ärztlichen Dienstes (518 Minuten):

kf:  $0,83 \text{ GE} * 518 = 429,94 \text{ GE}$

Dem fallbezogenen Datensatz des Patienten sind 429,94 GE für Kosten des ärztlichen Dienstes OP zuzurechnen.

- § Falls die Dokumentation der Leistungszeiten nicht personenbezogen vorliegt, können für die Gleichzeitigkeitsfaktoren dienstartbezogene Standards je Eingriffsart eingesetzt werden. In Fortsetzung zum obigen Beispiel wird für den Beispielfall ein Gleichzeitigkeitsfaktor für den ärztlichen Dienst mit 3,0 standardisiert festgelegt:

	Leistungszeit ÄD		
	S-N-Zeit	GZF	Leistungszeit
ÄD	195	3,0	585

Die Rüstzeit für den ärztlichen Dienst ist ebenfalls nicht fallbezogen dokumentiert, sodass ein Standard von 30 Minuten eingesetzt wird. Der Beispielfall besitzt nun folgende Leistungszeiten:

ÄD: 585 Minuten (S-N-Zeit, GZF) + 30 Minuten (Rüstzeit) =  
615 Minuten

Die Summe der Leistungszeiten des ärztlichen Dienstes (S-N-Zeit mit standardisierten Gleichzeitigkeitsfaktoren in Abhängigkeit der Prozeduren, Rüstzeit) betrug über alle 5 OP-Säle des Krankenhauses im Datenjahr 820.000 Minuten. Unter der Annahme, dass die DRG-relevanten Kosten der Kostenstelle (K) für den ärztlichen Dienst 630.000 GE betragen, ergibt sich der Kalkulationssatz (KS) wie folgt:

KS:  $630.000 \text{ GE} / 820.000 = \underline{0,77 \text{ GE je Leistungsminute}}$

Für den oben dokumentierten Fall ergeben sich durch Multiplikation des Kostensatzes je Leistungsminute (KS) mit der fallbezogenen Leistungszeit (lf) des ärztlichen Dienstes (615 Minuten):

kf:  $0,77 \text{ GE} * 615 = 473,55 \text{ GE}$

Dem fallbezogenen Datensatz des Patienten sind 473,55 GE für Kosten des ärztlichen Dienstes OP zuzurechnen. Dieses Ergebnis weicht in dem gewählten Beispiel stark von dem Ergebnis mit dokumentierten Gleichzeitigkeitsfaktoren ab.



#### **Verrechnung der Personalkosten Pflegedienst (Modul 4.2):**

Kosten des Pflegedienstes sind für den OP-Bereich nicht relevant.

#### **Verrechnung der Sachkosten Arzneimittel (Modul 4.4a), Sachkosten übriger medizinischer Bedarf (Modul 4.6a), Kosten der medizinischen Infrastruktur (Modul 4.7) und Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur (Modul 4.8)**

Die Sachkosten für Arzneimittel und den übrigen medizinischen Bedarf sowie die Kosten der Infrastruktur werden im Rahmen einer gewichteten Bezugsgrößenkalkulation verteilt, wobei die Gewichte auf Grundlage der Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit gebildet werden. Die für die Kostenträgerrechnung benötigten Leistungs- und Kostendaten zeigt die folgende Tabelle am Beispiel der Sachkosten für Arzneimittel und übrigen medizinischen Bedarf:

**Tabelle 28: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße**

OP-Bereich	Gemeinkostenkalkulation	
	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten übr. med. Bedarf
<b>Leistungsdaten (der Kostenstelle)</b>	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit
<b>Kostendaten (der Kostenstelle)</b>	Gesamtkosten Arzneimittel	Gesamtkosten übr. med. Bedarf
<b>Kalkulationssatz</b>	 = Gesamtkosten/ gesamte Leistungszeit (KoAGrp 4a, 6a, 7, 8)	 = Gesamtkosten/ gesamte Leistungszeit (KoAGrp 4a, 6a, 7, 8)
<b>Erläuterungen</b>	Leistungszeit je Fall = Schnitt-Naht-Zeit + Rüstzeit Gesamte Leistungszeit = Summe aller Fälle (Schnitt-Naht-Zeit + Rüstzeit)	
<b>Besonderheiten</b>		

Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen die Gesamtkosten der Kostenartengruppe und das Gesamtleistungsvolumen der Kostenstelle, bezogen auf das Datenjahr. Das Gesamtleistungsvolumen ergibt sich einheitlich für die hier betrachteten Kostenarten als Summe der Schnitt-Naht-Zeiten und Rüstzeiten über alle Behandlungsfälle.

Die erforderlichen Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten zeigt Tabelle 29:

**Tabelle 29: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten**

OP-Bereich	Gemeinkostenkalkulation	
	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten übr. med. Bedarf
<b>Leistungsdaten (des Behandlungsfalls)</b>	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit
<b>Kostendaten (der Kostenstelle)</b>	Kalkulationssatz Arzneimittel	Kalkulationssatz übr. med. Bedarf

**Hinweise:**

Zur fallbezogenen Kostenzuordnung der Kosten des OP-Bereichs werden abschließend folgende generelle Hinweise gegeben:

- ❶ Leistungen, die durch Mitarbeiter indirekter Kostenstellen für den OP-Bereich erbracht werden, sind in der Leistungsstatistik der indirekten Kostenstellen zu berücksichtigen. Die entsprechenden Kosten werden dem OP-Bereich im Rahmen der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung zugeordnet.
- ❶ Leistungen von Mitarbeitern direkter Kostenstellen werden in der Leistungsstatistik der direkten Kostenstelle erfasst und von dort dem Behandlungsfall zugeordnet. Dies gilt beispielsweise für sog. „Schnellschnitte“, die von Mitarbeitern der Pathologie vorgenommen werden, oder für Durchleuchtungen mit einem mobilen Röntgengerät durch Mitarbeiter der Radiologie.

**Prüfung der Datengrundlage**

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

*Leistungsdaten (der Kostenstelle)*

- ☒ Für jeden Fall, für den eine Leistung im OP-Bereich erbracht wurde, liegen Angaben zur Schnitt-Naht-Zeit, der Gleichzeitigkeit beteiligter Personen sowie zur Rüstzeit vor. Für jeden dieser Fälle ist außerdem ein die operative Maßnahme beschreibender OPS-Kode dokumentiert.
- ☒ Die erfasste Gesamt-Leistungszeit liegt in einem für die Art der Leistung plausiblen Werte-Korridor (Vorsicht bei automatisierter Zeitberechnung bei Datumswechsel!).
- ☒ Für jeden Fall, bei dem die Narkose nicht durch den Operateur durchgeführt wurde, liegen Informationen über die vom Bereich Anästhesie erbrachten Leistungen vor.

*Kostendaten (der Kostenstelle)*

- ☒ Kosten für extern bezogene Leistungen (z.B. Durchführung der OP in einem anderen Krankenhaus, Beteiligung von nicht im Krankenhaus angestellten Ärzten) sind der Kostenstellengruppe OP zugeordnet.
- ☒ Die Kostenstellenkosten sind um Kosten bereinigt, die in besonderen Kostenmodulen auszuweisen sind (Kosten für Blutprodukte [Modul 10.4b], Transplantatkosten für Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion [Modul 10.5]).

- ☑ Füllen in Belegversorgung sind keine Personalkosten des ärztlichen Dienstes zugerechnet, die Leistungszeiten der Belegärzte für diese Patienten wurden bei der Kostensatzberechnung für den ärztlichen Dienst nicht berücksichtigt.
- ☑ Für den ärztlichen Dienst im OP errechnet sich ein höherer Kostensatz je Leistungsminute als für den OP-Funktionsdienst.
- ☑ Die durchschnittlichen Kosten des ärztlichen Dienstes je Fall für den OP-Bereich sind höher als die durchschnittlichen Kosten des ärztlichen Dienstes je Fall für den Bereich Anästhesie.
- ☑ Die Kostensätze je Leistungsminute weisen eine plausible Höhe im Vergleich zu einem dienstartbezogen errechneten Kostensatz auf der Basis von durchschnittlichen Brutto-Personalkosten und Netto-Jahresarbeitszeit je Vollzeitkraft auf.
- ☑ Für einen Fall mit zugerechneten Implantatkosten ist ein OPS-Kode dokumentiert, der das Einbringen von Implantaten beschreibt.

### 6.3.6 Anästhesie

#### Einbezogener Leistungsbereich

Der Leistungsbereich Anästhesie umfasst alle Leistungsstellen, die am Patienten Narkosen und andere Anästhesieverfahren im Zusammenhang mit Operationen oder anderen Interventionen durchführen.

Nicht zum Bereich Anästhesie zählen die in Verantwortung der Fachabteilung Anästhesie durchgeführte Intensivversorgung von Patienten sowie Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit Operationen und Interventionen stehen (z.B. Schmerztherapie).

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

#### Datengrundlage für die Kostenträgerrechnung

##### Einzelkostenkalkulation

Die Kosten teurer Sachgüter werden dem einzelnen Behandlungsfall gemäß den Vorgaben der Anlage 10 als Einzelkosten direkt zugeordnet. Einzelkosten in der Anästhesie können beispielsweise teure Medikamente sein. Die Kosten der Blutprodukte werden als Einzelkosten unabhängig vom Ort des Verbrauchs in Modul 10.4b ausgewiesen (vgl. Kap. 6.2.1). Die nachfolgende Tabelle zeigt die benötigten Daten am Beispiel für Einzelkosten der Medikamente:



**Tabelle 30: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Einzelkostenkalkulation (Modul 5.4b)**

Anästhesie	Einzelkostenkalkulation
	<b>Einzelkosten Arzneimittel</b>
<b>Leistungsdaten (des Behandlungsfalles)</b>	Ist-Verbrauch bzw. Verbrauch der einbezogenen Artikel nach KVM
<b>Kostendaten</b>	Artikelkosten
<b>Alternative 1</b>	Anschaffungspreis je Artikel
<b>Alternative 2</b>	Durchschnittspreis je Artikel
<b>Erläuterungen</b>	Bitte Vorgaben der Anlage 10 beachten

Die Einzelkostenzurechnung setzt fallbezogene Leistungsdaten voraus. Anlage 10 gibt artikelbezogen vor, ob die Sachmittelverbräuche fallindividuell 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 Behandlungsfall 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 6.2.1.

### Gemeinkostenkalkulation

Die maßgebliche Bezugsgröße für die fallbezogene Kostenverteilung in der Anästhesie ist die Anästhesiologiezeit. Sie ist definiert als Zeitraum von der Übernahme des Patienten bis zur Übergabe an den weiterbetreuenden Bereich. Anfallende Rüstzeiten sind demnach Bestandteil der Anästhesiologiezeit. Die Rüstzeit des Anästhesiepersonals für Vor- und Nachbereitung einer Narkose umfasst die folgenden Tätigkeiten:

**Tabelle 31: Tätigkeiten im Rahmen der Rüstzeiten des Anästhesiepersonals**

- Aufklärung und Prämedikation (nur ÄD)
- Umkleiden, Händedesinfektion
- Vorbereitung und Lagerung des Patienten
- Postoperative Patientenversorgung
- Übergabe des Patienten
- Dokumentation



Der Gleichzeitigkeitsfaktor in der Anästhesie ist standardisiert mit 1 festzulegen. Er kann in begründeten Ausnahmefällen auch höher angesetzt werden. Ein zweiter Arzt ist mit Hilfe des Gleichzeitigkeitsfaktors nur dann zu berücksichtigen, wenn seine Anwesenheit medizinisch begründet ist (z.B. bei Kraniotomien in der Neurochirurgie oder großen thoraxchirurgischen Eingriffen mit seitengetrennter Beatmung).

Der Anästhesie ist ein ggf. vorhandener Aufwachraum zuzuordnen. Soweit für den Aufwachraum keine gesonderte Kostenstelle vorhanden ist, können die Kosten des Aufwachraums auf der Grundlage einer überschlägigen Schätzung ermittelt werden.

**Verrechnung der Personalkosten ärztlicher Dienst (Modul 5.1), Personalkosten des medizinisch-technischen Dienstes und Funktionsdienstes (Modul 5.3), Sachkosten Arzneimittel (Modul 5.4a), Sachkosten übriger medizinischer Bedarf (Modul 5.6a), Kosten der medizinischen Infrastruktur (Modul 5.7) und Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur (Modul 5.8)**

Die Verteilung der genannten Kosten erfolgt über die zuvor definierte Anästhesiologiezeit. Es gibt keine alternativen Bezugsgrößen für die fallbezogene Kostenzurechnung. Die für die Kostenträgerrechnung benötigten Leistungs- und Kostendaten zeigt Tabelle 32 am Beispiel der Personalkosten für den ärztlichen Dienst und der Sachkosten übriger medizinischer Bedarf:

**Tabelle 32: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße**

<b>Anästhesie</b>	<b>Gemeinkostenkalkulation</b>	
	<b>Personalkosten ärztlicher Dienst</b>	<b>Personalkosten FD/MTD</b>
<b>Leistungsdaten (der Kostenstelle)</b>	Anästhesiologiezeit (inkl. Rüstzeit)	Anästhesiologiezeit (inkl. Rüstzeit)
<b>Kostendaten (der Kostenstelle)</b>	Gesamtkosten ärztlicher Dienst	Gesamtkosten FD/MTD
<b>Kalkulationssatz</b>	 = Gesamtkosten/ Anästhesiologiezeit	 = Gesamtkosten/ Anästhesiologiezeit
<b>Erläuterungen</b>	Rüstzeiten sind in der Anästhesiologiezeit enthalten. GZF ist standardisiert mit 1 anzusetzen (nur in medizin. begründeten Ausnahmefällen höher)	
<b>Besonderheiten</b>	Keine Einbeziehung von Leistungszeiten bei Patienten mit Versorgung durch Beleganästhesist	

Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen die Gesamtkosten der Kostenartengruppe und das Gesamtleistungsvolumen (hier: Anästhesiologiezeiten inklusive Rüstzeiten über alle Behandlungsfälle) der Kostenstelle, bezogen auf das Datenjahr.

Soweit Beleganästhesisten oder anderes Belegpersonal der Anästhesie zum Einsatz kommen, sind für die Ermittlung des Kalkulationssatzes je Leistungsminute die dokumentierten Gesamtzeiten um die durch Belegpersonal geleisteten Zeiten zu vermindern. Wird in der Anästhesie nicht im Krankenhaus angestelltes Personal (z.B. im Rahmen eines Personalleasing – kein Belegpersonal) tätig, sind jedoch die Tätigkeitszeiten dieses Personals in das Gesamtleistungsvolumen der betreffenden Dienstart einzubeziehen.

Als fallbezogene Leistungsdaten werden die Anästhesiologiezeiten (inkl. Rüstzeiten) benötigt. Die erforderlichen Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten zeigt Tabelle 33:

**Tabelle 33: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten**

Anästhesie	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Personalkosten FD/MTD
Leistungsdaten (des Behandlungsfalls)	Anästhesiologiezeit (inkl. Rüstzeit)	Anästhesiologiezeit (inkl. Rüstzeit)
Kostendaten (der Kostenstelle)	Kalkulationssatz ärztlicher Dienst	Kalkulationssatz FD/MTD

**Verrechnung der Personalkosten Pflegedienst (Modul 5.2) und Sachkosten Implantate und Transplantate (Modul 5.5)**

Diese Kostenmodule sind in der Anästhesie nicht relevant.

**Prüfung der Datengrundlage**

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

*Leistungsdaten (der Kostenstelle)*

- ☒ Für jeden Fall, für den eine Leistung im Bereich Anästhesie erbracht wurde, liegen Angaben zur Anästhesiologiezeit (inkl. Rüstzeit) vor. In besonderen Fällen ist eine Gleichzeitigkeit beteiligter Personen > 1 dokumentiert.
- ☒ Die erfasste Gesamt-Leistungszeit liegt in einem für die Art der Leistung plausiblen Werte-Korridor (Vorsicht bei automatisierter Zeitberechnung bei Datumswechsel!).
- ☒ Für jeden Fall mit Leistungserbringung durch die Anästhesie liegen Informationen über die vom Bereich OP erbrachten Leistungen vor.

*Kostendaten (der Kostenstelle)*

- ☒ Kosten für extern bezogene Leistungen (z.B. Durchführung der Operation mit Anästhesie in einem anderen Krankenhaus, Beteiligung von nicht im Krankenhaus angestellten Ärzten) sind der Kostenstellengruppe Anästhesie zugeordnet.
- ☒ Die Kostenstellenkosten sind um Kosten bereinigt, die in besonderen Kostenmodulen auszuweisen sind (Kosten für Blutprodukte [Modul 10.4b], Transplantatkosten für Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion [Modul 10.5]).
- ☒ Fällen in Belegversorgung sind keine Personalkosten des ärztlichen Dienstes zugerechnet, die Leistungszeiten der Belegärzte für diese

Patienten wurden bei der Kostensatzberechnung für den ärztlichen Dienst nicht berücksichtigt.

- ☑ Für den ärztlichen Dienst der Anästhesie errechnet sich ein höherer Kostensatz je Leistungsminute als für den Anästhesie-Funktionsdienst.
- ☑ Die durchschnittlichen Kosten des ärztlichen Dienstes je Fall für den OP-Bereich sind höher als die durchschnittlichen Kosten des ärztlichen Dienstes je Fall für den Bereich Anästhesie.
- ☑ 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.

### 6.3.7 Kreißsaal

#### Einbezogener Leistungsbereich

Zum Leistungsbereich Kreißsaal zählen der Kreißsaal sowie weitere Untersuchungs- und Behandlungsräume für geburtsbegleitende Maßnahmen.

Der Leistungsbereich Kreißsaal umfasst nicht einen dem geburtshilflichen Bereich angegliederten Operationsraum zur Durchführung von Sectiones (dieser ist dem OP-Bereich zuzuordnen) sowie Leistungsstellen für die Versorgung der Neugeborenen (z.B. Neugeborenenzimmer).

Die Kosten im Kreißsaal werden den Fällen auf der Grundlage des Leistungsmerkmals „Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißsaal“ zugerechnet.

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

#### Datengrundlage für die Kostenträgerrechnung

##### Einzelkostenkalkulation

Die Kosten teurer Sachgüter werden dem einzelnen Behandlungsfall gemäß den Vorgaben der Anlage 10 als Einzelkosten direkt zugeordnet. Einzelkosten im Kreißsaal können beispielsweise teure Medikamente sein. Die nachfolgende Tabelle zeigt die benötigten Daten am Beispiel für Einzelkosten der Medikamente:

**Tabelle 34: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Einzelkostenkalkulation (Modul 6.4b)**

<b>Kreißsaal</b>	<b>Einzelkostenkalkulation</b>
	<b>Einzelkosten Arzneimittel</b>
<b>Leistungsdaten (des Behandlungsfalles)</b>	Ist-Verbrauch bzw. Verbrauch der einbezogenen Artikel nach KVM
<b>Kostendaten</b>	Artikelkosten
<b>Alternative 1</b>	Anschaffungspreis je Artikel
<b>Alternative 2</b>	Durchschnittspreis je Artikel
<b>Erläuterungen</b>	Bitte Vorgaben der Anlage 10 beachten

Die Einzelkostenzurechnung setzt fallbezogene Leistungsinformationen voraus. Anlage 10 gibt artikelbezogen vor, ob die Sachmittelverbräuche fallindividuell 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 Behandlungsfall 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 6.3.1.



### Gemeinkostenkalkulation

**Verrechnung der Personalkosten ärztlicher Dienst (Modul 6.1), Personalkosten des medizinisch-technischer Dienstes und Funktionsdienstes (Modul 6.3), Sachkosten Arzneimittel (Modul 6.4a), Sachkosten übriger medizinischer Bedarf (Modul 6.6a), Kosten der medizinischen Infrastruktur (Modul 6.7) und Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur (Modul 6.8)**

Die genannten Kostenarten werden anhand der Aufenthaltszeit der Patientin den einzelnen Fällen zugeordnet.

Die für die Kostenträgerrechnung benötigten Leistungs- und Kostendaten zeigt die folgende Tabelle am Beispiel der Personalkosten des medizinisch-technischen Dienstes bzw. der Sachkosten für übrigen medizinischen Bedarf:

**Tabelle 35: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße**

Kreißaal	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten FD/MTD	Sachkosten übr. med. Bedarf
Leistungsdaten (der Kostenstelle)	Aufenthaltszeit	Aufenthaltszeit
Kostendaten (der Kostenstelle)	Gesamtkosten FD/MTD	Gesamtkosten übr. med. Bedarf
Kalkulationssatz	 = Gesamtkosten/ Aufenthaltszeit	 = Gesamtkosten/ Aufenthaltszeit
Erläuterungen	Die Aufenthaltszeit im Kreißaal umfasst den Zeit-raum einer intensiveren und nahezu kontinuierlichen Betreuung durch das Kreißaal-Personal	
Besonderheiten	Keine Einbeziehung von Leistungszeiten bei Patienten mit Versorgung durch Beleg-Hebamme	

Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen die Gesamtkosten der Kostenartengruppe und das Gesamtleistungsvolumen (hier: Aufenthaltszeiten über alle Behandlungsfälle) der Kostenstelle, bezogen auf das Datenjahr.

Die Aufenthaltszeit im Kreißaal umfasst den Zeitraum einer intensiveren und nahezu kontinuierlichen Betreuung durch das Kreißaal-Personal. Dies umfasst in erster Linie die Betreuung in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Geburt. Darüber hinaus ist auch die Zeitdauer personalintensiver vorgeburtlicher Maßnahmen, wie z.B. von Wehenbelastungstests oder durchgeführten Wendungen des Kindes, zu dokumentieren und bei Aufenthalten ohne Geburt zu berücksichtigen.

❶ Orientierungshilfe zur Aufenthaltszeit

➤ Beginn der Aufenthaltszeit im Kreißsaal:

Der Beginn dieses Zeitraums ist mit der Aufnahme der Patientin mit Eröffnungswehen (Muttermunds-wirksamer Wehen) in den Kreißsaal gleichzusetzen. Die Patientin verbleibt abgesehen von kurzen Unterbrechungen (beispielsweise kurze Spaziergänge auf dem Krankenhausgelände während der Eröffnungsperiode) in der Regel bis nach der Entbindung im Kreißsaal. Die Versorgung erfolgt demnach hauptsächlich durch den Kreißsaal.

➤ Ende der Aufenthaltszeit im Kreißsaal:

Als Ende der Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißsaal ist die Verlegung nach der Entbindung auf die Normal- oder eine andere Station des Krankenhauses oder eine Entlassung nach Hause bzw. in Ausnahmefällen die Verlegung in ein anderes Krankenhaus zu werten. In der Regel handelt es sich dabei um einen Zeitpunkt, der etwa zwei Stunden nach der Entbindung liegt. Bei Patientinnen nach einer Kaiserschnitt-Entbindung, bei einem Gesundheitszustand mit erhöhtem Überwachungsbedarf (z.B. HELLP- oder Gestose-Patientinnen oder atonischen Nachblutungen) oder bei einer ambulant durchgeführten Entbindung kann dieser Zeitpunkt über zwei Stunden nach der Entbindung hinausgehen, was in der Berechnung der Aufenthaltszeit Berücksichtigung findet.

➤ Hinweise zur Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißsaal:

Abweichend von der beschriebenen Situation sind Fallkonstellationen denkbar, bei denen Patientinnen bereits vor Geburtsbeginn intensiv im Kreißsaal betreut werden und diesen bis nach der Entbindung nicht mehr verlassen. Exemplarisch sei an dieser Stelle die Betreuung von HELLP- oder Gestose-Patientinnen genannt, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes intensiv überwacht werden und bei denen die Geburt künstlich eingeleitet wird. Hier wird die Aufnahme in den Kreißsaal unabhängig vom Beginn der Geburt als Beginn der Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißsaal gewertet.

Auch die Zeitdauer eines Wehenbelastungstests oder einer durchgeführten Wendung des Kindes ist zu dokumentieren und wird in die Aufenthaltszeit einbezogen. Dies gilt auch für den Fall, dass in dem (vor-)stationären Aufenthalt keine Geburt stattfindet.

Ohne Berücksichtigung bei der Berechnung der Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißsaal bleibt die Zeitspanne einer intermittierenden Betreuung von Patientinnen durch das Kreißsaal-Personal bis zur hauptsächlichlichen Versorgung der Patientin im Kreißsaal. Hier erfolgt die Versorgung ab der Aufnahme einer Patientin durch den Kreißsaal ins Krankenhaus (beispielsweise bei vorzeiti-



gem Blasensprung ohne Wehentätigkeit) bis zum Beginn von Eröffnungswehen in der Regel hauptsächlich durch die Normalstation, auch wenn in regelmäßigen Abständen eine Kontrolle und Überwachung im Kreißsaal stattfindet. Beispielhaft sei hier auch die Geburtseinleitung mit Hilfe vaginal applizierter Wehenmittel genannt.

Als fallbezogene Leistungsdaten wird die Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißsaal benötigt. Die erforderlichen Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten zeigt Tabelle 36:

**Tabelle 36: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten**

<b>Kreißsaal</b>	<b>Gemeinkostenkalkulation</b>	
	<b>Personalkosten FD/MTD</b>	<b>Sachkosten übr. med. Bedarf</b>
<b>Leistungsdaten (des Behandlungsfalls)</b>	Aufenthaltszeit	Aufenthaltszeit
<b>Kostendaten (der Kostenstelle)</b>	Kalkulationssatz FD/MTD	Kalkulationssatz übr. med. Bedarf

**Hinweise:**

- ① Die Kosten des Kreißsaals werden ausschließlich den Müttern zugerechnet. Neugeborene, für die bei stationärer Versorgung im Anschluss an die Geburt eigene Falldatensätze anzulegen sind, erhalten keine Kreißsaalkosten. Die fallbezogene Kostenzuordnung bei Neugeborenen im Bereich der Normalstation richtet sich nach den Vorgaben des Kapitels 6.3.2. Dabei ist zu beachten, dass die PPR für die Versorgung gesunder Neugeborener einen Standardwert von 110 Minuten pro Tag vorsieht.
- ① Soweit Beleg-Hebammen oder anderes Belegpersonal im Kreißsaal zum Einsatz kommen, sind für die Ermittlung des Kalkulationssatzes je Leistungsminute die dokumentierten Gesamtzeiten um die durch Belegpersonal geleisteten Zeiten zu vermindern. Wird im Kreißsaal nicht im Krankenhaus angestelltes Personal (z.B. im Rahmen einer Arbeitnehmerüberlassung – kein Belegpersonal) tätig, sind jedoch die Tätigkeitszeiten dieses Personals in das Gesamtleistungsvolumen der betreffenden Dienststart einzubeziehen.

**Verrechnung der Personalkosten Pflegedienst (Modul 6.2) und Sachkosten Implantate und Transplantate (Modul 6.5)**

Diese Kostenmodule sind im Kreißsaal nicht relevant.

### ***Prüfung der Datengrundlage***

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

#### *Leistungsdaten (der Kostenstelle)*

- ☒ Für jeden Fall mit Leistungserbringung im Kreißsaal liegen Angaben zur Aufenthaltszeit bzw. zu durchgeführten diagnostischen Maßnahmen vor.
- ☒ Die erfasste Aufenthaltszeit liegt in einem plausiblen Wertekorridor.

#### *Kostendaten (der Kostenstelle)*

- ☒ Die Kostenstellenkosten sind um Kosten bereinigt, die in besonderen Kostenmodulen auszuweisen sind (Kosten für Blutprodukte [Modul 10.4b]).
- ☒ Fällen in Belegversorgung sind keine Personalkosten des ärztlichen Dienstes bzw. medizinisch-technischen Dienstes (Beleg-Hebammen) zugerechnet, die Leistungszeiten des Belegpersonals für diese Patienten wurden bei der Kostensatzberechnung der Dienstart nicht berücksichtigt.

### **6.3.8 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 Behandlungsfall 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 37: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Einzelkostenkalkulation (Modul 7.6b)**

Kardiol. Diag. u. Ther.	Einzelkostenkalkulation
	<b>Einzelkosten übr. med. Bedarf</b>
<b>Leistungsdaten (des Behandlungsfalles)</b>	Ist-Verbrauch bzw. Verbrauch der einbezogenen Artikel nach KVM
<b>Kostendaten</b>	Artikelkosten
<b>Alternative 1</b>	Anschaffungspreis je Artikel
<b>Alternative 2</b>	Durchschnittspreis je Artikel
<b>Erläuterungen</b>	Bitte Vorgaben der Anlage 10 beachten

Die Einzelkostenzurechnung setzt fallbezogene Leistungsinformationen voraus. Anlage 10 gibt artikelbezogen vor, ob die Sachmittelverbräuche fallindividuell 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 Behandlungsfall 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 6.2.1.



## Gemeinkostenkalkulation

Die primäre Bezugsgröße für die fallbezogene 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 Fällen 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 38: Benötigte Daten der Kostenstelle zur Berechnung des Kalkulationssatzes je Bezugsgröße**

Kardiol. Diag. u. Ther.	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übr. med. Bedarf
<b>Leistungsdaten (der Kostenstelle)</b>		
Alternative 1	Eingriffszeit	Eingriffszeit
Alternative 2	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
<b>Kostendaten (der Kostenstelle)</b>	Gesamtkosten ärztlicher Dienst	Gesamtkosten übr. med. Bedarf
<b>Kalkulationssatz</b>	 = Gesamtkosten/ Leistungsdaten (Alt. 1 oder 2)	 = Gesamtkosten/ Leistungsdaten (Alt. 1 oder 2)
<b>Erläuterungen</b>	Eingriffszeit: Zeitspanne des intervent. Eingriffs ohne Berücksichtigung von Gleichzeitigkeiten und Rüstzeiten  Leistungskatalog: z.B. GOÄ, DKG-NT, Hauskatalog	
<b>Besonderheiten</b>		

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

Als fallbezogene Leistungsdaten werden die Eingriffszeit bzw. die Leistungspunkte des Patienten benötigt. Die erforderlichen Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten zeigt Tabelle 39:

**Tabelle 39: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten**

Kardiolog. Diag. u. Ther.	Gemeinkostenkalkulation	
	Personalkosten ärztlicher Dienst	Sachkosten übr. med. Bedarf
Leistungsdaten (des Behandlungsfalls)		
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 fallbezogene Leistungsdaten erhoben. Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen das Gesamtleistungsvolumen (hier: Eingriffszeiten oder Punktsumme über alle Behandlungsfälle) 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 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 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], Transplantatkosten für Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion [Modul 10.5]).

**6.3.9 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, Histologie und Einrichtungen zur Bereithaltung von Transplantaten (z.B. Hornhautbank).

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

**Datengrundlage für die Kostenträgerrechnung****Einzelkostenkalkulation**

Die Kosten teurer Sachgüter werden dem einzelnen Behandlungsfall 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 oder Implantate/Transplantate werden im Leistungsbe-  
reich Laboratorien nicht für einzelne Patienten verbraucht. Stattdessen die-  
nen die Module 10.4b und 10.5 für den einheitlichen Kostenausweis der im  
Folgenden genannten Artikelgruppen:

- In Modul 10.4b (Einzelkosten Arzneimittel) werden unabhängig vom Ort des Verbrauchs sämtliche Kosten für Blutprodukte ausgewiesen. Weitere laborbezogene Kosten dürfen in Modul 10.4b nicht enthalten sein (vgl. die besonderen Hinweise zur Einzelkostenzurechnung von Blutprodukten in Kap. 6.2.1.2).
- In Modul 10.5 (Einzelkosten Implantate/Transplantate) werden unab-  
hängig vom Ort des Verbrauchs sämtliche Transplantatkosten bei Kno-  
chenmarktransplantationen und Stammzelltransfusionen ausgewiesen.  
Dies gilt unabhängig davon, ob das Transplantat fremdbezogen oder aus  
einer Spende im transplantierenden Krankenhaus gewonnen wurde. Wei-  
tere laborbezogene Kosten dürfen in Modul 10.5 nicht enthalten sein  
(vgl. die Erläuterungen zur Kalkulation bei Knochenmarktransplantatio-  
nen/Stammzelltransfusionen in Kap.7.1.3).

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

**Tabelle 40: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Einzel-  
kostenkalkulation (Modul 10.6b)**

Laboratorien	Einzelkostenkalkulation
	<b>Einzelkosten übr. med. Bedarf</b>
<b>Leistungsdaten (des Behandlungsfalles)</b>	Ist-Verbrauch bzw. Ver- brauch der einbezogenen Artikel nach KVM
<b>Kostendaten</b>	Artikelkosten
<b>Alternative 1</b>	Anschaffungspreis je Artikel
<b>Alternative 2</b>	Durchschnittspreis je Artikel
<b>Erläuterungen</b>	Bitte Vorgaben der Anlage 10 beachten



Die Einzelkostenzurechnung setzt fallbezogene Leistungsinformationen voraus. Anlage 10 gibt artikelbezogen vor, ob die Sachmittelverbräuche fallindividuell 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 Behandlungsfall 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 6.2.1.



### **Gemeinkostenkalkulation**

Die Punkte eines in den Krankenhäusern üblichen Leistungskatalogs (z.B. GOÄ, DKG-NT, Hauskatalog) sind die maßgebliche Bezugsgröße für die fallbezogene 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 Fällen 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 41: 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 Behandlungsfälle) der Kostenstelle, bezogen auf das Datenjahr.

Als fallbezogene Leistungsdaten werden die Leistungspunkte des Patienten benötigt. Die erforderlichen Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten zeigt Tabelle 42:

**Tabelle 42: Benötigte Daten je Behandlungsfall zur Berechnung der Fallkosten**

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

Als fallbezogene Leistungsdaten werden die Punktzahlen gemäß Leistungskatalog ermittelt. Die kostenstellenbezogenen Daten umfassen das Gesamtleistungsvolumen (hier: Punktsumme über alle Behandlungsfälle) 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 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 für den Fall dokumentiert.
- ☒ Die gemäß Transfusionsgesetz fallbezogen dokumentierte Menge verabreichter Blutprodukte stimmt mit den für den Einzelfall 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 Falles ausgewiesen.
- ☒ Die für einen Fall zugerechneten Kosten für Blutprodukte sind in ihrer Höhe durch den Einkaufspreis je Transfusionseinheit und die durch OPS-Kode für den Fall angegebene Menge begründet.
- ☒ Unter Modul 10.5 werden unabhängig vom Ort des Verbrauchs sämtliche Transplantatkosten bei Knochenmarktransplantation und Stammzelltransfusionen für einen Fall ausgewiesen.

## 6.4 Verdichtung der Kostendaten zu Kostenmodulen

Nach Abschluss der Kostenträgerrechnung sind sämtliche DRG-relevanten Kosten den fallbezogenen Datensätzen zugeordnet. Um eine Vergleichbarkeit der Datensätze unterschiedlicher Krankenhäuser zu gewährleisten, müssen die Fallkosten in den Datensätzen vor der Übermittlung an das DRG-Institut einheitlich nach Kostenarten- und Kostenstellengruppen gegliedert werden. Erläuterungen dazu enthalten die Kapitel 5.1.1 und 6.1. Daraus ergibt sich eine modulare Struktur der Kosteninformationen im fallbezogenen Datensatz. Ein Kostenmodul bezeichnet die für eine Kostenstellengruppe ausgewiesenen Kosten einer bestimmten Kostenartengruppe. Für den an das DRG-Institut zu übermittelnden fallbezogenen Datensatz sind insgesamt 99 relevante Module definiert, wie die auf der folgenden Seite abgebildete Matrix zeigt. Für nicht DRG-relevante Kosteninformationen werden bei Bedarf entsprechende Kostenmodule festgelegt – so sind die nicht DRG-relevanten Einzelkosten für Faktorpräparate als Modul 99.10 anzugeben.

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

### **Hinweis:**

- ❶ Bei der Datenlieferung ist zu beachten, dass in jedem Falldatensatz zu jedem Kostenmodul nur genau ein Kostenwert enthalten sein darf. Ggf. sind die Kalkulationsdaten vor der Datenübermittlung entsprechend zu verdichten.

### **Arbeitsschritt:**

- ☒ Fassen Sie die Kostenstellen im fallbezogenen Datensatz zu Kostenstellengruppen zusammen.

**Tabelle 43: Definierte Kostenmodule für den fallbezogenen Datensatz**

		Kostenartengruppen									
		Personalkosten			Sachkosten					Infrastr.-Kosten	
		KoA Grp 1: Personalkosten ärztlicher Dienst			KoA Grp 2: Personalkosten Pflegedienst			KoA Grp 3: Personalkosten med.-techn. Dienst/Funktionsdienst		KoA Grp 4a: Sachkosten Arzneimittel	
										KoA Grp 4b: Sachkosten Arzneimittel (Einzelkosten/Ist-Verbrauch)	
										KoA Grp 5: Sachkosten Implantate u. Transplantate	
										KoA Grp 6a: Sachkosten übriger med. Bedarf (Einzelkosten/Ist-Verbrauch)	
										KoA Grp 6b: Sachkosten übriger med. Bedarf (Einzelkosten/Ist-Verbrauch)	
										KoA Grp 7: Personal- u. Sachkosten medizinische Infrastruktur	
										KoA Grp 8: Personal- u. Sachkosten nicht medizinische Infrastruktur	
		1.1	1.2	1.3	1.4a	1.4b	-	1.6a	1.6b	1.7	1.8
Kostenstellengruppen	KoStGrp1: Normalstation	2: Bettenführende Bereiche									
	KoStGrp Intensivstation										
	KoStGrp Dialyseabteilung										
	KoStGrp OP-Bereich	4: Untersuchungs- und Behandlungsbereiche									
	KoStGrp 5: Anästhesie										
	KoStGrp 6: Kreißsaal										
	KoStGrp 7: Kardiologische Diagnostik/Therapie										
	KoStGrp 8: Endoskopische Diagnostik/Therapie										
	KoStGrp 9: Radiologie										
	KoStGrp 10: Laboratorien										
	KoStGrp 11: Übrige diagnostische u. therapeutische Bereiche										

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

(\*) Modul 10.5 nur für Ausweis der Transplantatkosten bei Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion.

## 6.5 Checkliste zum 6. Kapitel

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

**Tabelle 44: Checkliste Kapitel 6**

<b>Checkliste: Zentrale Arbeitsschritte der Kostenträgerrechnung</b>	
<b>Arbeitsschritte</b>	<b>Kapitel</b>
1. Zuordnung der direkten Kostenstellen zu Kostenstellengruppen	6.1
2. Ermittlung der Kosten, die als Einzelkosten zugeordnet werden gem. verbindlicher Aufstellung der Artikelgruppen in Anlage 10	6.2.1
3. Prüfung der in den direkten Kostenstellen vorliegenden Leistungsdaten	6.3.1
4. Auswahl geeigneter Bezugsgrößen für die fallbezogene Kostenzuordnung für jede direkte Kostenstelle vor dem Hintergrund der Anforderungen und Prioritäten der Anlage 5	6.3.1
5. Bildung von Kalkulationssätzen für die direkten Kostenstellen	6.3.1
6. Verteilung der Gemeinkosten der direkten Kostenstellen auf die leistungsempfangenden Fälle unter Verwendung der Kalkulationssätze	6.3.1
7. Zuordnung der Einzelkosten entsprechend der Verbrauchsdokumentation auf die entsprechenden Kostenmodule der Behandlungsfälle	6.3.1
8. Verdichtung der Kostendaten zu Kostenmodulen	6.4

## **7. KALKULATION AUSGEWÄHLTER BESONDERER BEHANDLUNGSVERFAHREN**

Bestimmte Behandlungsverfahren weisen Besonderheiten in der Leistungserbringung auf, die auch in kostenrechnerischer Hinsicht besonderer Beachtung bedürfen. Die in diesem Kapitel zusammengefassten Richtlinien und Hinweise zur Kalkulation ergänzen die in den vorangegangenen Kapiteln in allgemeiner Form erläuterten Kalkulationsverfahren um die leistungsspezifischen Besonderheiten. Sie sollen die Verantwortlichen in den beteiligten Krankenhäusern dabei unterstützen, ein möglichst differenziertes und aufwandsgerechtes Kalkulationsergebnis zu erzielen.

### **7.1 Leistungen der Transplantationsmedizin**

#### **7.1.1 Allgemeine Kalkulationsrichtlinien**

Für die sehr kostenträchtigen und hoch spezialisierten Transplantationsleistungen kommt es in besonderem Maße darauf an, bei der Kostenzurechnung je Fall die erbrachten Einzelleistungen vollständig und die damit verbundenen Kosten in zutreffender Höhe einzubeziehen.

#### **DRG-Relevanz von Leistungen und Kosten in der Transplantationsmedizin**

Die Vorgaben des Kapitels 3 zur Einbeziehung der DRG-relevanten Leistungen und Kosten in die Fallkostenkalkulation besitzen auch für die Leistungen der Transplantationsmedizin Gültigkeit. Im Bereich der Transplantationsmedizin sind jedoch folgende Ergänzungen bzw. Besonderheiten zu beachten, die sich aus den Abrechnungsregeln (FPV) sowie gesonderten Vereinbarungen der Vertragsparteien auf Bundesebene zu diesem Thema ergeben:

##### *Postmortale Organspenden*

##### ➤ Hirntoddiagnostik und nachfolgende Leistungen

Bei einer möglichen postmortalen Organspende sind nur diejenigen Kosten bei der Kalkulation zu berücksichtigen, die bis unmittelbar vor dem festgestellten Hirntod gemäß § 5 und § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 TPG beim potentiellen Organspender angefallen sind. Die Leistungspflicht des Sozialleistungsträgers endet unmittelbar vor dem festgestellten Hirntod. Alle Kosten, die infolge einer beabsichtigten Organtransplantation nach diesem Zeitpunkt beim potentiellen Organspender entstehen, werden durch die DSO entsprechend der Vereinbarung über die Durchführungsbestimmungen zur Aufwands-

erstattung nach § 8 Abs. 2 des Vertrags nach § 11 TPG pauschaliert vergütet und sind somit weder bei der Kalkulation der Fallkosten noch bei der Leistungserfassung zu berücksichtigen.

Sofern bei der Hirntodfeststellung Ärzte im Rahmen ihnen gestatteter Nebentätigkeiten mitwirken, wird die Vergütung für deren persönliche Leistung gemäß § 3 Abs. 1 der Verträge nach § 11 und § 12 TPG unmittelbar zwischen den beteiligten Ärzten und der DSO vereinbart. In diesem Fall sind die auf die gestattete Nebentätigkeit entfallenden ärztlichen Leistungen sowie deren Kosten als nicht DRG-relevant abzugrenzen.

➤ Leistungen der Koordinierungsstelle (DSO)

Die Kosten von Leistungen der Koordinierungsstelle nach § 11 TPG für die Bereitstellung eines postmortal gespendeten Organs zur Transplantation einschließlich eines dafür erforderlichen Transports des Organs sind nicht DRG-relevant.

➤ Leistungen der Vermittlungsstelle (Eurotransplant)

Die Kosten von Leistungen der Vermittlungsstelle nach § 12 TPG für die Vermittlung eines postmortal gespendeten Organs sind nicht DRG-relevant.

### *Lebendspenden*

➤ Voruntersuchungen bei möglichen Lebendspendern

Bei einer möglichen Lebendspende stellen die Voruntersuchungen nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1c TPG ebenso wie eine Gutachtererstellung nach § 8 Abs. 3 Satz 2 TPG keine DRG-relevanten Leistungen dar und dürfen bei der DRG-Kalkulation nicht berücksichtigt werden.

➤ Voruntersuchungen bei tatsächlichen Lebendspendern

Die entsprechenden Untersuchungen bei tatsächlichen Lebendspendern sind als DRG-relevant anzusehen und werden mit der Fallpauschale für die stationäre Behandlung des Lebendspenders vergütet. Entsprechend sind in diesem Fall Leistungen und Kosten bei der Kalkulation zu berücksichtigen.

➤ Führen von Wartelisten

Das Führen von Wartelisten der zur Transplantation angenommenen Patienten durch das Transplantationszentrum stellt eine DRG-relevante Leistung dar und muss mit in die Kalkulation einfließen. Sofern die DSO die Führung von Wartelisten im Auftrag des Krankenhauses übernimmt und dazu von diesem eine Kostenerstattung erhält, sind die Kosten dieser Leistungen auch DRG-relevant.



Als nicht DRG-relevant sind ambulante Untersuchungen auszugliedern, die für die Führung dieser Warteliste notwendig sind.

➤ **Transportkosten bei Knochenmark-/Stammzelltransplantationen**

Die Kosten für den Transport bei Fremdbezug von Knochenmark und hämatopoetischen Stammzellen sind nicht DRG-relevant.

➤ **Stationäre Versorgung von Organspendern**

Die stationäre Versorgung von Lebendspendern, bei denen eine Organspende vorgenommen wird, stellt eine DRG-relevante Leistung dar. Dies gilt auch dann, wenn sich erst während der Entnahmeoperation herausstellt, dass das Organ nicht entnommen werden kann, oder sich erst nach der Organentnahme herausstellt, dass das Organ nicht transplantiert werden kann.

➤ **Stationäre Versorgung von Transplantatempfängern**

Die stationäre Behandlung von Transplantatempfängern ist als DRG-relevante Leistung anzusehen. Dies gilt nach § 1 Abs. 1 Satz 1 TPG auch für die Transplantation eines Teils von einem der Organe, sofern der Organteil die gleiche Funktion wie das vollständige Organ erfüllt.

➤ **Nachbetreuung von Organspendern und Transplantatempfängern**

Die lebenslange Nachbetreuung von Organspendern im Sinne von Kontrolluntersuchungen nach § 8 Abs. 3 TPG sind bei Lebendspendern nicht als DRG-relevant anzusehen. Entsprechendes gilt auch für die Transplantatempfänger.

### **Dokumentation und Übermittlung ergänzender Fallmerkmale**

- Ergänzend zu den in § 21 KHEntgG vorgegebenen Inhalten des DRG-Datensatzes je Behandlungsfall können im Bereich der Transplantationsmedizin weitere Fallmerkmale von Relevanz für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sein. Das InEK führt dazu nach Bedarf ergänzende Datenabfragen durch. Dies wird insbesondere dann erforderlich, wenn die relevanten Fallmerkmale nicht in Form eines ICD- oder OPS-Kodes verschlüsselt werden können.

#### **Hinweis:**

- ❶ Aufgrund der begrenzten Fallzahl bei Transplantationsleistungen ist es von besonderer Bedeutung, dass die für die Weiterentwicklung des DRG-Systems bereitgestellten Daten auf Übereinstimmung zwischen intern dokumentierten und extern übermittelten Fallangaben geprüft werden.

### Differenzierte Kalkulationsansätze in wesentlichen Leistungsbereichen

Kapitel 6.3 beschreibt ausführlich die in den über Kostenstellengruppen definierten Leistungsbereichen des Krankenhauses anzuwendenden Kalkulationsverfahren. Anlage 5 gibt für die Module der Kostenmatrix vor, welche Bezugsgröße der Kostenzurechnung auf den einzelnen Behandlungsfall zugrunde zu legen ist. Diese Vorgaben treffen grundsätzlich auch auf die Leistungen der Transplantationsmedizin zu.

Aufgrund der hohen Leistungskomplexität im Bereich der Transplantationsmedizin erfordert die Kalkulation eines ausreichend differenzierten Kostenergebnisses je Fall bestimmte, ggf. auch über die allgemein beschriebenen Anforderungen des Kapitels 6.3.1 hinausgehende Kalkulationsansätze im Krankenhaus. Diese werden in den folgenden „Besonderen Hinweisen“ sowohl für Organ- als auch für Knochenmark-/Stammzelltransplantationen näher erläutert. Nachstehende Kalkulationsgrundsätze haben dabei besondere Bedeutung:

- Anwendung von Bezugsgrößen, die den Ressourceneinsatz einer Leistung abbilden (z.B. gewichtete Pflgetage, gewichtete Intensivstunden, gewichtete Dialysen nach Dialyseart)
- Berechnung differenzierter Kostensätze je Kostenstelle bzw. Leistungsbereich für die angewendeten Bezugsgrößen. Dies betrifft insbesondere die Kalkulation der Personalkosten im Bereich der Transplantationsmedizin.
- Vollständige und präzise Dokumentation der je Fall verbrauchten teuren Sachgüter, die entsprechend den Vorgaben in Anlage 10 über eine Einzelkostenzuordnung in die Kalkulation einbezogen werden.

*Kalkulation anhand aufwandsgewichteter Bezugsgrößen, differenzierter Kostensätze, Einzelkostenzuordnung teurer Sachgüter*

#### 7.1.2 Besondere Hinweise zu Organtransplantationen

Ausgehend von der modularen Kostendarstellung können die wesentlichen Anteile der Behandlungskosten bei Organtransplantationen in den farblich markierten Feldern der Kostenmatrix erwartet werden (Tabelle 45):

**Tabelle 45: Bereiche mit wesentlichen Kostenanteilen bei Organtransplantationen**

		PK ärztl. Dienst	PK Pflege- dienst	PK FD/MTD	Sachkosten Arzneimittel		SK Implant./ Transpl.	Sachkosten übr. Med. Bedarf		Med. Infrastr.	Nicht med. Infrastr.
		1	2	3	4a	4b <sup>1</sup>	5 <sup>1</sup>	6a	6b <sup>1</sup>	7	8
Normal- station	1										
Intensiv- station	2										
Dialyse- abteilung	3										
OP-Bereich	4										
Anästhesie	5										
Radiologie	9										
Labora- torien	10										
Übr. diag./ therap. Bereiche	11										

Für diese Kostenarten- und Kostenstellenbereiche werden die Anforderungen nachfolgend näher beschrieben. Selbstverständlich sind in die Fallkostenkalkulation auch die in den nicht markierten Bereichen entstandenen Kosten einzubeziehen.

#### Leistungsbereiche Normalstation und Intensivstation

Für die Fallkostenkalkulation bei Organtransplantationen gelten folgende Anforderungen an die Verwendung von Bezugsgrößen (Tabelle 46):

**Tabelle 46: Bezugsgrößen für Normal- und Intensivstation**

		PK ärztl. Dienst	PK Pflege- dienst	PK FD/MTD	Sachkosten Arzneimittel		SK Implant./ Transpl.	Sachkosten übr. Med. Bedarf		Med. Infrastr.	Nicht med. Infrastr.
		1	2	3	4a	4b <sup>1</sup>	5 <sup>1</sup>	6a	6b <sup>1</sup>	7	8
Normal- station	1	Pflegelage	PPR-Minuten	Pflegelage	PPR-Minuten	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung		PPR-Minuten		Pflegelage	Pflegelage
Intensiv- station	2	Gewichtete Intensiv- stunden	Gewichtete Intensiv- stunden	Gewichtete Intensiv- stunden	Gewichtete Intensiv- stunden	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung		Gewichtete Intensiv- stunden		Intensiv- stunden	Intensiv- stunden

Im Bereich der Normalstation entsprechen die Anforderungen weitgehend den Vorgaben des Kapitels 6.3.2 Anstelle einer undifferenzierten Kostenzurechnung der Personalkosten des ärztlichen Dienstes bzw. medizinisch-technischen Dienstes über Pflegelage ist eine nach Betreuungsaufwand gewichtete Kalkulation zugrunde zu legen.

Die aufwandsgerechte Zuordnung der Personalkosten des ärztlichen Dienstes ist durch folgende Kalkulationsansätze umzusetzen:

- Differenzierte Kostensatzbildung durch kostenstellenspezifische Berechnung

Der Kostensatz je Leistungseinheit (gewichteter Pflegetag, s. unten) des ärztlichen Dienstes ist kostenstellenspezifisch zu berechnen. Die Kalkulation eines einheitlichen Kostensatzes für den ärztlichen Dienst für die gesamte Abteilung oder das gesamte Krankenhaus ist nicht zulässig.

- Differenzierte Kostenzurechnung durch Gewichtung des Betreuungsaufwands (gewichtete Pflegetage)

Dem Kalkulationsansatz liegt die Prämisse zugrunde, dass in einer Station (= Kostenstelle) transplantierte Patienten gemeinsam mit anderen Patienten versorgt werden, für die ein geringerer Betreuungsumfang durch den ärztlichen Dienst erforderlich ist. Der höhere ärztliche Leistungsaufwand für transplantierte Patienten wird über eine Gewichtung der Pflegetage abgebildet, die den durchschnittlich für diese Patienten entstehenden Mehraufwand im Vergleich zu den übrigen Patienten der Station zum Ausdruck bringt.

*Nach Betreuungsaufwand gewichtete Pflegetage als Leistungsschlüssel für Personalkosten ÄD, FD/MTD*

#### Beispiel:

##### § Mögliche Gewichtungsfaktoren:

Kostenartengruppe	TPL-Patienten Organ A	TPL-Patienten Organ B	Nicht Trans- plantierte
Kostenartengruppe 1	2,8	2,3	1,0
Kostenartengruppe 3	1,5	2,0	1,0

##### § Ermittlung der Kalkulationssätze:

Die Leistungsstatistik weist für die chirurgische Station mit 20 Betten im Datenjahr 6.220 Pflegetage aus. Die Ermittlung der gewichteten Gesamtzahl an Pflegetagen der Station erfolgt nach Dienstarten differenziert. Die folgende Tabelle zeigt am Beispiel des ärztlichen Dienstes die Rechenschritte für die Ermittlung der Kalkulationssätze:

Patientengruppe	Leistungsdaten der chirurg. Station und Betreuungsaufwand des ärztl. Dienstes		
	Pflegetage (ungewichtet)	Gewichtungs- faktor	Pflegetage (gewichtet)
TPL-Patienten Organ A	470	2,8	1.316
TPL-Patienten Organ B	950	2,3	2.185
Nicht Transplan- tierte	4.800	1,0	4.800
Summe	6.220		8.301

Die vom ärztlichen Dienst der chirurgischen Station erbrachte Zahl gewichteter Pflege tage beträgt 8.301 Tage. Unter der Annahme, dass die DRG-relevanten Kosten der Kostenstelle für den ärztlichen Dienst 470.000 GE betragen, ergibt sich der Kalkulationssatz (KS) wie folgt:

KS:  $470.000 \text{ GE} / 8.301 = 56,62 \text{ GE je gewichtetem Pflege tag}$

Die einem Behandlungsfall zuzuordnenden Kosten des ärztlichen Dienstes der chirurgischen Station ergeben sich durch Multiplikation des zuvor errechneten Kostensatzes mit den dem individuellen Fall zuzuordnenden gewichteten Pflege tagen.

**Hinweis:**

- ❶ Alternativ zum beschriebenen Vorgehen kann die Kostenstelle einer „gemischt“ belegten Station geteilt (Trennung in transplantierte und nicht transplantierte Patienten) und eine zusätzliche Kostenstelle eingerichtet werden. Dadurch wird die Bildung spezifischer Kostensätze für die verschiedenen Patientengruppen (nicht nur) im Bereich der Kostenartengruppen 1 und 3 ermöglicht. Grundlage und Voraussetzung ist eine aufwandsentsprechende Kostenzuordnung zu den gebildeten Kostenstellen.

Die Kostenzurechnung im Bereich der Intensivstation erfolgt für die Kostenartengruppen 1 bis 3 sowie 4a und 6a auf Basis der gewichteten Intensivstunden (vgl. Kap. 6.3.3). Die Anwendung ungewichteter Intensivstunden ist ausschließlich für die Kostenartengruppen 7 und 8 vorgesehen.

In die fallbezogene Einzelkostenzurechnung teurer Sachmittel (Medikamente, übriger medizinischer Bedarf) sind insbesondere folgende Artikel einzubeziehen:

- Teure Medikamente
  - Immunsuppressiva
  - Antibiotika
  - Antimykotika

- Blutprodukte

Die Kosten für Blutprodukte werden zusammengefasst im Kostenmodul 10.4b ausgewiesen.

## Leistungsbereich Dialyse

Für die Kostenzurechnung der Dialyseleistungen gelten folgende Anforderungen an die Bezugsgrößen:

**Tabelle 47: Bezugsgröße für Dialysestation**

		PK ärztl. Dienst	PK Pflege-dienst	PK FD/MTD	Sachkosten Arzneimittel		SK Implant./Transpl.	Sachkosten übr. Med. Bedarf		Med. Infrastr.	Nicht med. Infrastr.
		1	2	3	4a	4b <sup>1</sup>	5 <sup>1</sup>	6a	6b <sup>1</sup>	7	8
Dialyse-abteilung	3	Gewichtete Dialysen	Gewichtete Dialysen	Gewichtete Dialysen	Gewichtete Dialysen	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung		Gewichtete Dialysen		Gewichtete Dialysen	Gewichtete Dialysen

Die Gewichtung der Dialysen erfolgt aufwandsbezogen je Dialyseart. Die entsprechenden Verfahrensschritte sind ausführlich in Kapitel 6.3.4 beschrieben.

## Leistungsbereiche OP und Anästhesie

Die Anforderungen an die Bezugsgrößen entsprechen den Vorgaben der Kapitel 6.3.5 und 6.3.6. Ggf. sollten aufwendige OP-Vorbereitungen über die Rüstzeit in die Berechnung einbezogen werden.

In die fallbezogene Einzelkostenzurechnung teurer Sachmittel (Medikamente, Implantate, übriger medizinischer Bedarf) sind insbesondere folgende Artikel einzubeziehen:

- Teure Medikamente  
Ggf. Antibiotika
- Implantate  
Kunstherz mit Zubehör  
Linksventrikuläre Unterstützungssysteme (LVAD) mit Zubehör  
Intraaortale Ballonpumpe (IABP)  
Herzschrtrittmacher mit Zubehör  
Defibrillatoren mit Zubehör

- Blutprodukte

Die Kosten für Blutprodukte werden zusammengefasst im Kostenmodul 10.4b ausgewiesen.

## Funktionsdiagnostische Leistungsbereiche

(Labor, Radiologie, übrige diagnostische Bereiche)

Die Anforderungen an die Bezugsgrößen entsprechen den Vorgaben der Kapitel 6.3.8 und 6.3.9. Ggf. sind spezielle Leistungen durch eine hausindividuelle Erweiterung der zugrunde liegenden Standard-Leistungskataloge (z.B. GOÄ, EBM, DKG-NT) zu berücksichtigen.

Die Einzelkosten für Blutprodukte werden zusammengefasst im Kostenmodul 10.4b ausgewiesen.

### 7.1.3 Besondere Hinweise zu Knochenmarktransplantationen/ Stammzelltransfusionen

Ausgehend von der modularen Kostendarstellung können die wesentlichen Anteile der Behandlungskosten bei Knochenmarktransplantationen/Stammzelltransfusionen in den farblich markierten Feldern der Kostenmatrix erwartet werden (Tab. 48):

**Tabelle 48: Bereiche mit wesentlichen Kostenanteilen bei Knochenmarktransplantationen/Stammzelltransfusionen**

		PK ärztl. Dienst	PK Pflege- dienst	PK FD/MTD	Sachkosten Arzneimittel		SK Implant./ Transpl.	Sachkosten übr. Med. Bedarf		Med. Infrastr.	Nicht med. Infrastr.
		1	2	3	4a	4b <sup>1</sup>	5 <sup>1</sup>	6a	6b <sup>1</sup>	7	8
Normal- station	1										
Intensiv- station	2										
Radiologie	9										
Labora- torien	10										
Übr. diag./ therap. Bereiche	11										

Für diese Kostenarten- und Kostenstellenbereiche werden die Anforderungen nachfolgend näher beschrieben. Selbstverständlich sind in die Fallkostenkalkulation auch die in den nicht markierten Bereichen entstandenen Kosten einzubeziehen.

### Leistungsbereiche Normalstation und Intensivstation

Für die Fallkostenkalkulation bei Knochenmarktransplantationen/Stammzelltransfusionen gelten folgende Anforderungen an die Verwendung von Bezugsgrößen (Tabelle 49):

**Tabelle 49: Bezugsgrößen für Normal- und Intensivstation**

		PK ärztl. Dienst	PK Pflege- dienst	PK FD/MTD	Sachkosten Arzneimittel		SK Implant./ Transpl.	Sachkosten übr. Med. Bedarf		Med. Infrastr.	Nicht med. Infrastr.
		1	2	3	4a	4b <sup>1</sup>	5 <sup>1</sup>	6a	6b <sup>1</sup>	7	8
Normal- station	1	Pflegetage	PPR-Minuten	Pflegetage	PPR-Minuten	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung		PPR-Minuten		Pflegetage	Pflegetage
Intensiv- station	2	Gewichtete Intensiv- stunden	Gewichtete Intensiv- stunden	Gewichtete Intensiv- stunden	Gewichtete Intensiv- stunden	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung		Gewichtete Intensiv- stunden		Intensiv- stunden	Intensiv- stunden

Im Bereich der Normalstation entsprechen die Anforderungen weitgehend den in Kapitel 6.3.2 beschriebenen Vorgaben. Anstelle einer undifferenzier-ten Kostenzurechnung der Personalkosten des ärztlichen Dienstes bzw. me-dizinisch-technischen Dienstes über Pflegetage ist eine nach Betreuungsauf-wand gewichtete Kalkulation zugrunde zu legen.

Die dafür umzusetzenden Kalkulationsansätze werden im Abschnitt „Beson-dere Hinweise zu Organtransplantationen“ näher erläutert.

Die Kostenzurechnung im Bereich der Intensivstation erfolgt für die Kosten-artengruppen 1 bis 3 sowie 4a und 6a auf Basis der gewichteten Intensiv-stunden (vgl. Kap. 6.3.3). Die Anwendung ungewichteter Intensivstunden ist ausschließlich für die Kostenartengruppen 7 und 8 vorgesehen.

In die fallbezogene Einzelkostenzurechnung teurer Sachmittel (Medikamen-te, übriger medizinischer Bedarf) sind insbesondere folgende Artikel einzu-beziehen:

➤ Teure Medikamente

Immunsuppressiva

Zytostatika

Supportive Tumorthherapie (z.B. G-CSF, Zytoprotektiva)

Antibiotika

Antimykotika

Virustatika

➤ Blutprodukte

Die Kosten für Blutprodukte werden zusammengefasst im Kosten-modul 10.4b ausgewiesen.

➤ Transplantate

Die Kosten des bezogenen Transplantats bzw. der Knochenmark-/Stammzellaufbereitung sind unter den folgenden Voraussetzungen unabhängig vom Ort der Gabe als Einzelkosten einheitlich in Modul 10.5 auszuweisen:

Transplantatkosten sind bei Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen über Spenderdateien bei nicht verwandten Spendern oder Bezug von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Ausland bei Familienspendern zu berücksichtigen.



Kosten der Knochenmark- bzw. Stammzellaufbereitung sind bei Eigenspenden oder Familienspendern im Inland in Höhe der im Labor anfallenden Aufbereitungskosten einzubeziehen. Diese Kosten sind ggf. aus dem Gemeinkostenbereich auszugliedern und als Einzelkosten im Modul 10.5. auszuweisen. Die Kosten sind dem Aufenthalt des Knochenmark-/Stammzellempfängers zuzuordnen, in dem die Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion erfolgt. Dabei ist zu beachten, dass Gewinnung und Gabe ggf. in verschiedenen Aufenthalten erfolgen können und dabei unter Umständen für einen Fall (Aufenthalt mit Spende) dokumentierte Kosten einem Folgeaufenthalt (Aufenthalt mit Gabe) zugeordnet werden müssen.

Falls die bezogene oder aufbereitete Knochenmark-/Stammzellspende wegen Tod oder Verlegung des Empfängers oder Verfall des Spendematerials nicht verabreicht werden kann, werden die Transplantat- bzw. Aufbereitungskosten dem letzten Aufenthalt des vorgesehenen Empfängers im Modul 10.5 zugerechnet.

Für die Bewertung der in die Einzelkostenzurechnung einbezogenen Materialien sind der Einzelpreis je Stück oder der (gleitende) Durchschnittspreis des Artikels je Stück heranzuziehen, bei fremdbezogenen Transplantaten in jedem Fall der individuelle Stückpreis.

### **Funktionsdiagnostische Leistungsbereiche (Labor, Radiologie, übrige diagnostische Bereiche)**

Die Anforderungen an die Bezugsgröße entsprechen den Vorgaben der Kapitel 6.3.8 und 6.3.9. Spezielle Leistungen sind durch eine hausindividuelle Erweiterung der zugrunde liegenden Standard-Leistungskataloge (z.B. GOÄ, EBM, DKG-NT) zu berücksichtigen.

## **7.2 Teilstationäre Leistungen**

Vordergründig unterscheidet sich die teilstationäre Behandlung von der vollstationären Versorgung durch die kurze Verweildauer mit im Regelfall Aufnahme und Entlassung am selben Tag. Darüber hinaus bestehen jedoch weitere Besonderheiten im Personal- und Sachmitteleinsatz, die für eine kostenrechnerisch exakte Abgrenzung teilstationärer Leistungen von anderen Behandlungsformen eine noch größere Relevanz besitzen. Die folgenden Hinweise und Vorgaben dienen einer möglichst verursachungsgerechten Zuordnung der Kosten zu teilstationären Behandlungsfällen.

### 7.2.1 Falldefinition

Als Grundlage der Fallkostenkalkulation nach diesem Schema ist jeder teilstationäre Behandlungstag als abgeschlossener teilstationärer Behandlungsfall zu definieren. Jeder dieser teilstationären Behandlungsfälle muss durch eine eigene Fallnummer als Primärschlüssel identifizierbar sein. Als Konsequenz daraus ist von den Kalkulationskrankenhäusern auch bei der Datenübermittlung gemäß § 21 KHEntgG die tageweise Falldefinition bei teilstationärer Versorgung zugrunde zu legen. Im DRG-Datensatz gemäß § 21 KHEntgG ist in der Datei „Fall“ im Datenfeld „Patientennummer“ für teilstationäre Fälle zwingend die Patientennummer anzugeben.

*Ein teilstationärer Behandlungstag ist als Behandlungsfall zu definieren, die quartalsbezogene Falldefinition ist nicht zulässig*

#### **Hinweis:**

- ❶ Falls die im Krankenhaus zur Leistungsabrechnung eingesetzten EDV-Systeme eine tagesbezogene Falldefinition nicht zulassen, sollten innerhalb der für die Fallkostenkalkulation eingerichteten Systemumgebung Dummy-Fallnummern für jeden teilstationären Behandlungstag vergeben werden.

Dabei ist z.B. denkbar, dass eine für einen Zeitraum (z.B. Quartal) vergebene Identifikationsnummer bei jedem Kontakt (= Behandlungstag) innerhalb dieses Zeitraumes um eine laufende Nummer ergänzt wird. Diese ergänzte Identifikationsnummer dient als die den einzelnen teilstationären Behandlungstag kennzeichnende Fallnummer.

### 7.2.2 Anpassungen der Kostenstellenrechnung

An der teilstationären Versorgung sind verschiedene Leistungsbereiche des Krankenhauses in unterschiedlichem Ausmaß beteiligt. Häufig erbringt eine Kostenstelle Leistungen sowohl für vollstationär als auch teilstationär sowie ggf. ambulant versorgte Patienten. Zur besseren Abbildung der spezifischen Kostenstrukturen teilstationärer Leistungen ist daher in allen Leistungsstellen mit „gemischter“ (vollstationärer und teilstationärer) Patientenversorgung 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 (stationär/teilstationär) zu trennen.

Unterschiedliche Kostenstrukturen für stationär bzw. teilstationär versorgte Patienten sind insbesondere im Bereich der Normalstation zu erwarten.

In Leistungsstellen mit einem geringen Anteil an teilstationären Leistungen können die Anpassungen in der Kostenstellenrechnung entfallen, allerdings sind die weiter unten erläuterten Differenzierungen bei der Fallkostenzurechnung aus „gemischten“ (vollstationär und teilstationär) Kostenstellen zu beachten.

### **Einrichtung getrennter Kostenstellen für die teilstationäre bzw. vollstationäre Versorgung**

Die Kostenzuordnung auf die teilstationäre Kostenstelle soll sich an dem für teilstationäre Leistungen anfallenden Ressourcenverbrauch orientieren. Im Bereich der Personalkosten ist der Tätigkeitsumfang der Mitarbeiter aus den betreffenden Dienstarten anhand von dokumentierten Tätigkeitszeiten, anderen geeigneten Leistungsdokumentationen oder Schätzungen heranzuziehen. Im Sachkostenbereich sind die teuren Sachgüter, die der Einzelkostenzurechnung unterliegen (vgl. Anl. 10), anhand patientenbezogener Verbrauchsdokumentationen der teilstationären Kostenstelle zuzuordnen. Die Kosten der übrigen Sachgüter sind anhand geeigneter Schätzverfahren auf die teilstationäre Kostenstelle umzugliedern.

#### ***Hinweise:***

- ❶ Bei der Personalkostenzuordnung ist u.a. zu berücksichtigen, dass für teilstationär versorgte Patienten grundsätzlich keine Kosten für Bereitschaftsdienste und Nachtdienste anfallen. Vereinzelt bestehen Ausnahmen, z.B. bei Behandlung im Schlaflabor.
- ❷ Die Abschätzung des auf teilstationäre Patienten entfallenden Kostenvolumens des Pflegedienstes erfolgt auf Grundlage der für teilstationäre Versorgung geltenden Regelungen der PPR.

### **Verwendung verursachungsgerechter Verrechnungsschlüssel für die Infrastrukturkosten**

Die Umlage der medizinischen und nicht medizinischen Infrastrukturkosten auf die Kostenstellen erfolgt anhand von Verrechnungsschlüsseln. Bei der Festlegung der Verrechnungsschlüssel ist das Prinzip der Kostenverursachung zu berücksichtigen. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass im teilstationären Versorgungsbereich die tagesbezogenen Kosten der Infrastruktur aufgrund geringerer Inanspruchnahme niedriger ausfallen als bei vollstationärer Versorgung. Die nachfolgenden Hinweise gehen auf die Besonderheiten (nicht abschließend!) der Kostenumlage bei teilstationärer Leistungserbringung ein.

**Hinweise:**

- ❶ Bei der Umlage der Kosten der Versorgung mit Energie, Wasser und Brennstoffen ist zu bedenken, dass ein teilstationärer Leistungsbereich ggf. nicht den ganzen Tag und/oder nicht am Wochenende genutzt wird.
- ❶ Bei der Kostenumlage des Reinigungsdienstes ist die Reinigungsfrequenz, bei der Wäscheversorgung der Wäscheverbrauch zu berücksichtigen.
- ❶ Für die Kostenumlage der Speisenversorgung ist eine an die teilstationäre Versorgungssituation angepasste Gewichtung der Beköstigungstage anzuwenden.

### 7.2.3 Differenzierte Fallkostenzurechnung

Grundsätzlich treffen die Vorgaben des Kapitels 6.3.1 auch auf teilstationäre Leistungen zu. Die nachfolgenden Hinweise konzentrieren sich auf Besonderheiten der Kalkulation teilstationärer Leistungen im Bereich Normalstation. Sie sind analog auch in anderen Leistungsbereichen anwendbar, sofern sich dadurch eine verursachungsgerechtere Kostenkalkulation teilstationärer Fälle erreichen lässt. Davon ausgenommen sind die teilstationär durchgeführten Dialysen und verwandte Verfahren, für diese sind die Kalkulationshinweise in Kapitel 6.3.4 maßgeblich.

*Für teilstationär durchgeführte Dialysen gelten die Vorgaben in Kapitel 6.3.1.3*

#### Fallkostenzurechnung bei separater teilstationärer Kostenstelle

Die in Anlage 5 für die Normalstation dargestellten Bezugsgrößen sind auch der Kostenzurechnung auf teilstationäre Fälle zugrunde zu legen.

Stehen die Bezugsgrößen gemäß Anlage 5 nicht zur Verfügung, sind die Kosten entsprechend den weiter unten folgenden Erläuterungen zur Vorgehensweise bei „gemischten“ Kostenstellen den Fällen zuzurechnen, indem die Bezugsgröße „Pflegetag“ differenziert nach einzelnen teilstationären Patientengruppen gewichtet wird. Zusätzlich kann die Bezugsgröße „PPR-Minuten“ mit einem Standardwert, der den unterschiedlichen Pflegeaufwand der teilstationären Patientengruppen repräsentiert, herangezogen werden.

Teure Sachmittel sind entsprechend den Vorgaben zur Einzelkostenzuordnung (vgl. Kap. 6.2.1) den Fällen zuzurechnen.

#### Fallkostenzurechnung bei „gemischter“ Kostenstelle (vollstationär/teilstationär)

Wenn der Anteil der auf teilstationäre Patienten entfallenden Kosten an den Kostenstellenkosten bei nicht mehr als 25% liegt, muss eine „gemischte“ Kostenstelle nicht geteilt werden. Allerdings ist durch sachgerechte Gewich-

tungen der Bezugsgrößen dem unterschiedlichen Betreuungsaufwand für vollstationäre bzw. teilstationäre Patienten Rechnung zu tragen.

*Personalkosten des ärztlichen Dienstes und des Funktionsdienstes/  
medizinisch-technischen Dienstes*

Der unterschiedliche Betreuungsaufwand des ärztlichen Dienstes und des Funktionsdienstes/medizinisch-technischen Dienstes wird über eine Gewichtung der Pflegetage abgebildet, die den durchschnittlich für die teilstationären bzw. vollstationären Patienten anfallenden Leistungsumfang zum Ausdruck bringt.

*Aufwandsdifferenzierte  
Kostenzurechnung der  
Personalkosten ÄD und  
FD/MTD anhand ge-  
wichteter Pflegetage*

### Beispiel:

#### § Mögliche Gewichtungsfaktoren

Kostenartengruppe	Teilstationäre Versorgung	Vollstationäre Versorgung
KoAGrp 1 (ärztl. Dienst)	0,5	1,0
KoAGrp 3 (FD/MTD)	1,5	1,0

Bei der Festlegung der Pflegetagengewichtung ist zu berücksichtigen, dass häufig bei teilstationärer Leistungserbringung Mitarbeiter des Funktionsdienstes/medizinisch-technischen Dienstes anstelle des Pflegedienstes tätig werden.

#### § Ermittlung der Kalkulationssätze

Die Leistungsstatistik weist für eine Station mit 20 Betten im abgeschlossenen Geschäftsjahr 6.390 Pflegetage aus. Für jede Dienstart wird die gewichtete Gesamtzahl an Pflegetagen der Station berechnet. Die folgende Tabelle zeigt am Beispiel des ärztlichen Dienstes die Vorgehensweise für die Ermittlung der Kalkulationssätze:

Patientengruppe	Leistungsdaten der Station und Betreuungsaufwand des ärztl. Dienstes		
	Pflegetage (ungewichtet)	Gewichtungs- faktor	Pflegetage (gewichtet)
Teilstat. Patienten	4.530	0,5	2.265
Vollstat. Patienten	1.860	1,0	1.860
Summe	<u>6.390</u>		<u>4.125</u>

Die vom ärztlichen Dienst der Station erbrachte Zahl gewichteter Pflegetage beträgt 4.125 Tage. Unter der Annahme, dass die DRG-

relevanten Kosten der Kostenstelle für den ärztlichen Dienst 245.000 GE betragen, ergibt sich der Kalkulationssatz (KS) wie folgt:

KS:  $245.000 \text{ GE} / 4.125 = 59,39 \text{ GE je gewichtetem Pflege-tag}$

Die einem Behandlungsfall zuzuordnenden Kosten des ärztlichen Dienstes der Station ergeben sich durch Multiplikation des zuvor errechneten Kostensatzes mit den dem individuellen Fall zuzuordnenden gewichteten Pflege-tag.

Einem vollstationär versorgten Fall werden damit je Pflege-tag 59,39 GE zugerechnet.

Die Kosten des ärztlichen Dienstes bei einem teilstationär versorgten Fall betragen je teilstationärem Pflege-tag  $59,39 * 0,5 = 29,70 \text{ GE}$ .

#### *Personalkosten des Pflegedienstes*

Die Kosten des Pflegedienstes werden über die Bezugsgröße PPR-Minuten verrechnet. Die Pflege-Personalregelung erfasst auch die teilstationären Behandlungsfälle und gibt in § 6 Abs. 5 vor, dass

- der Pflegegrundwert je Patient und Tag sowie
- die Minutenwerte je Patientengruppe

bei teilstationärer Versorgung halbiert werden. Der auf die Aufnahme und Entlassung bezogene Fallwert wird auch bei teilstationären Patienten in voller Höhe angesetzt.

Diese Regelung der PPR ist der Zurechnung der Personalkosten des Pflegedienstes auf teilstationäre Patienten zugrunde zu legen.

*Anwendung spezieller  
Regelungen der PPR  
für teilstationäre Ver-  
sorgung*

#### **Hinweis:**

- ❶ Bei fehlender Dokumentation von PPR-Minuten für teilstationäre Patienten kann ein Standardminutenwert – differenziert für verschiedene teilstationäre Patientengruppen – herangezogen werden.

#### *Sachkosten der Kostenartengruppen 4a und 6a*

Die Anwendung der für teilstationäre Versorgung geltenden Regelungen der PPR führt zu einer zwischen voll- und teilstationären Patienten differenzierenden Gemeinkostenzuordnung im Sachmittelbereich.

#### *Einzelkostenzuordnung teurer Sachgüter*

Im Rahmen der teilstationären Versorgung bestehen Schwerpunkte in der Behandlung von Krankheitsbildern, die den Einsatz teurer Sachmittel erfordern (z.B. Zytostatika im Rahmen der konservativen Tumorthherapie). Diese besonders teuren Medikamente, Sachgüter des übrigen medizinischen Be-

darfs sowie ggf. auch Implantate sind entsprechend den Vorgaben zur Einzelkostenzuordnung (vgl. Kap. 6.2.1) den Fällen zuzurechnen. Kapitel 7.3 enthält darüber hinaus detaillierte Erläuterungen zur Kostenkalkulation onkologischer Leistungen.

Im Einzelfall werden teilstationär versorgten Patienten teure Medikamente in einem sich über mehrere Tage erstreckenden Therapiezyklus verabreicht. Sofern für die Gabe des betreffenden Wirkstoffs ein nach Mengenklassen gestaffelter OPS-Code definiert ist, sind die Gesamtkosten für die im dokumentierten OPS-Code definierte Wirkstoffmenge dem Kontakt (Datum) zuzuordnen, für den der OPS-Code dokumentiert ist.

### 7.3 Leistungen der Onkologie

Onkologische Erkrankungen können konservativ oder operativ behandelt werden. Die Behandlung ist häufig dadurch gekennzeichnet, dass sich die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Leistungen auf mehrere Aufenthalte im Krankenhaus verteilen, wobei darunter voll- oder teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Behandlungsaufenthalte fallen können. Ambulante Leistungen sind nicht DRG-relevant und bleiben außer Betracht.

Bei der Fallkostenkalkulation onkologischer Patienten sind folgende Besonderheiten der Leistungserbringung mit den entsprechenden Kalkulationshinweisen zu beachten:

#### Eintagesfälle und teilstationäre Leistungen

Besondere Hinweise zur Zuordnung der Gemeinkosten enthält Kapitel 7.2. Für die Einzelkostenzuordnung teurer Sachmittel (insbesondere Medikamente) sind die Vorgaben in Kapitel 6.2.1 sowie die weiter unten folgenden Erläuterungen zu beachten.

#### Operative Tumorthherapie

Im Rahmen einer operativen Tumorthherapie können spezielle teure Sachgüter verwendet werden, z.B.

- Einbau spezieller Tumor-Endoprothesen
- Einbringen anderer teurer Implantate (z.B. CAD-Implantate im Gesichtsbereich, selbstexpandierende Prothesen)
- Implantation von Medikamentenpumpen
- Gabe von Zytostatika

*Einzelkostenzuordnung  
teurer Sachgüter bei  
operativer Tumorthera-  
pie*

Auf die Kalkulationsvorgaben zur Einzelkostenzuordnung (vgl. Kap. 6.2.1 und Anl. 10) wird verwiesen.

Im Einzelfall kommen auch besondere Verfahren zum Einsatz, wie z.B. die isolierte Extremitätenperfusion. Die damit verbundenen Besonderheiten im Personaleinsatz (z.B. die Hinzuziehung von Medizintechnikern) und Sachmittelverbrauch (z.B. spezielle Materialsets) sind unter Anwendung der Kalkulationsvorgaben in Kapitel 6.3.5 und 6.3.6 zu beachten.

## Chemotherapie

Im Rahmen der konservativen Tumorthherapie werden tumorbezogen medikamentöse Therapieschemata mit patientenindividueller Dosierung der Wirkstoffe angewendet. Von besonderer Bedeutung für die Fallkostenkalkulation ist die präzise fallbezogene Dokumentation der eingesetzten Wirkstoffe, der verabreichten Menge (Dosis) und der damit verbundenen Kosten.

Die eingesetzten Zytostatika und andere teure Wirkstoffe (z.B. monoklonale Antikörper) sind dem Fall anhand des fallbezogen dokumentierten Ist-Verbrauchs als Einzelkosten zuzurechnen.

*Einzelkostenzurechnung  
für Zytostatika und an-  
dere teure Medikamente*

Bei der fallbezogenen Einzelkostenkalkulation werden die Kosten jeder Gabe eines jeden Wirkstoffs separat berechnet. Die Kosten einer oder mehrerer Gaben eines oder verschiedener Wirkstoffe werden im modularen Datensatz zusammengefasst und in der Kostenartengruppe 4b am Ort des Verbrauchs (z.B. Normalstation) ausgewiesen.

### Beispiel:

#### § Einzelkostenberechnung bei dokumentiertem Ist-Verbrauch

Eine Patientin erhält während eines stationären Aufenthalts eine Gabe von Paclitaxel in einer Dosis von 300 mg. Diese Menge ergibt sich aus einer Dosierungsanleitung von 175 mg/m<sup>2</sup> KOF bei einer Körperoberfläche von 1,71 m<sup>2</sup>. Zusätzlich erhält diese Patientin zwei Gaben von Gemcitabin in einer Dosierung von jeweils 2.150 mg (1.250 mg/m<sup>2</sup> KOF).

Im Dokumentationssystem der Krankenhausapotheke liegen zu diesem Fall folgende Angaben vor:

Fall-Nr.	22345		
Patienten-Nr.	11987		
Verabreichter Wirkstoff	Paclitaxel	Gemcitabin	Gemcitabin
Datum der Gabe	27.6.07	27.6.07	4.7.07
Verabreichte Menge (Dosis)	300	2.150	2.150
Mengeneinheit der Dosis	mg	mg	mg



Im Materialwirtschaftssystem ist der gleitende Durchschnittspreis für diese beiden Wirkstoffe hinterlegt. Er beträgt 4,90 GE je mg Paclitaxel und 0,25 GE je mg Gemcitabin.

Die Kosten je Gabe errechnen sich wie folgt:

Preis je Mengeneinheit (mg) \* verabreichte Menge (Dosis)

Für den Fall werden

$(4,90 \text{ GE/mg} * 300 \text{ mg}) + 2 * (0,25 \text{ GE/mg} * 2.150 \text{ mg}) = 2.545 \text{ GE}$

als Einzelkosten für Zytostatika im Modul 1.4b (Normalstation Einzelkosten Medikamente) zugerechnet.

Sofern keine fallindividuelle Dokumentation der verabreichten Dosis vorliegt, kommt auch eine Einzelkostenzurechnung über ein ausreichend differenziertes klinisches Verteilungsmodell in Betracht.

### Einzelkostenzuordnung über klinisches Verteilungsmodell

In der gynäkologischen Abteilung eines Krankenhauses wurde die alkylierende Substanz Bendamustin zur Therapie bei Patientinnen mit Mamma-Ca eingesetzt. In den anderen Abteilungen des Krankenhauses wurde dieser Wirkstoff nicht eingesetzt.

Es liegen keine auswertbaren fallbezogenen Angaben zur Behandlung mit diesem Wirkstoff vor. Im Materialwirtschaftssystem sind als Gesamtkosten für diesen Wirkstoff im abgelaufenen Geschäftsjahr 45.504 GE dokumentiert.

Damit diese Kosten trotz fehlender fallbezogener Verbrauchsinformationen denjenigen Patientinnen zugeordnet werden können, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit dieser Wirkstoff in der Tumorthherapie eingesetzt wurde, wird folgendes klinisches Verteilungsmodell entwickelt:

*Ein klinisches Kostenverteilungsmodell sollte sich auf Fallmerkmale wie Diagnosen und/oder Prozeduren beziehen.*

#### 1. Festlegen der Identifikationsmerkmale

Als Identifikationsmerkmale der relevanten Fälle werden festgelegt:

- Diagnosekode: C50.- Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma) (ICD-10-GM Version 2007)
- Prozedurenkode: 8-542 Nicht komplexe Chemotherapie (OPS-301 Version 2007)
- Aufenthalt ganz oder teilweise in der Fachabteilung Gynäkologie

## 2. Selektion der Fälle mit Identifikationsmerkmal

Eine Auswertung anhand der o.g. Merkmale in der Patientendatenbank erbrachte 60 Fälle, die die definierte Kombination von Identifikationsmerkmalen aufweisen.

## 3. Fallbezogene Kostenzurechnung

Mangels fallindividueller Verbrauchsangaben werden die Gesamtkosten des Wirkstoffs in Höhe von 45.504 GE gleichmäßig auf die identifizierten 60 Fälle verteilt:

$$45.504 / 60 = 758,40 \text{ GE je Fall}$$

Für jeden Fall werden dem Modul 1.4b (Normalstation Einzelkosten Medikamente) 758,40 GE zugewiesen.

## 4. Bereinigung der Medikamentenkosten in der Kostenstelle

Damit die über das klinische Verteilungsmodell als Einzelkosten zugerechneten Medikamentenkosten nicht auch als Gemeinkosten und damit den Fällen der onkologischen Station (= Kostenstelle) doppelt zugerechnet werden, ist die Summe der Medikamentenkosten der Kostenstelle um den über das klinische Verteilungsmodell zugerechneten Gesamtbetrag von 45.504 GE zu vermindern.

Sofern die Dokumentation von ICD- und OPS-Kodes fehlerfrei ist, wird jeder Fall, bei dem der Wirkstoff Bendamustin eingesetzt wurde, auch in die Kostenverteilung einbezogen.

Der Anteil von Fällen, die in die Kostenverteilung einbezogen werden, jedoch nicht mit Bendamustin behandelt wurden, wurde durch die Wahl geeigneter Identifikationsmerkmale minimiert.

Die durch die individuelle Dosierung bedingten Kostenunterschiede der Fälle werden durch das KVM nicht abgebildet.

## Andere Behandlungsverfahren

Im Rahmen der Tumorthherapie kommen auch andere Verfahren zum Einsatz, z.B. aus der Strahlentherapie, Brachytherapie oder Stammzelltherapie.

An dieser Stelle kann nicht auf die Einzelheiten der dabei eingesetzten Verfahren eingegangen werden. Die fallbezogene Kostenzurechnung ist verursachungsgerecht zu gestalten. Die in Frage kommenden Leistungen lassen sich in der Regel über Standard-Leistungskataloge (z.B. DKG-NT, GOÄ, EBM) und die dort hinterlegten Punktzahlen aufwandsdifferenziert abbilden. Sofern besondere spezielle Verfahren dort nicht oder nicht ausreichend differenziert enthalten sind, kommt auch eine krankenhausindividuelle Erweiterung der Standard-Leistungskataloge als Grundlage der Kostenverteilung in Betracht. Besonders teure Sachgüter (z.B. Seeds bei der Brachytherapie)

sind im Rahmen der Einzelkostenzurechnung in der Kalkulation zu berücksichtigen (vgl. dazu auch die Vorgaben zur Einzelkostenzurechnung in Kap. 6.2.1 in Verbindung mit Anl. 10).

## 7.4 Weitere Hinweise zur Kalkulation ausgewählter Leistungen

In diesem Kapitel sind in alphabetischer Folge Kalkulationshinweise zu ausgewählten Leistungen zusammengestellt. Die Hinweise werden nach Bedarf fortlaufend ergänzt.

### Begleitpersonen

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

Diesen Falldatensätzen werden ausschließlich Kosten der Kostenartengruppe 8 auf der Normalstation (Modul 1.8) zugeordnet. Bei der Bildung des Kalkulationssatzes je Pfl egetag für die Kostenartengruppe 8 ist die Zahl der Pfl egetage der Kostenstelle um die auf Begleitpersonen (Mitaufnahme ist medizinisch begründet) entfallenden Pfl egetage zu ergänzen.

*Begleitpersonen (Mit-  
aufnahme aus medizini-  
schen Gründen) werden  
nur Kosten im Modul 1.8  
zugeordnet*

### Behandlung ausländischer Patienten

- ❶ Die Behandlung ausländischer Patienten ist nur dann nicht DRG-relevant, 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 DRG-relevant auszugliedern.

*Die Behandlung auslän-  
discher Patienten ist  
unter bestimmten Vor-  
aussetzungen nicht  
DRG-relevant*

### Beispiele:

- § Ein Arbeitnehmer mit ausländischer Staatsangehörigkeit, der in Deutschland krankenversichert ist und in Deutschland wohnt, lässt sich eine Hüfte implantieren. Der Fall ist DRG-relevant, da er die Bedingung 1 nicht erfüllt.

- § Ein Urlauber aus Österreich erleidet in Deutschland einen Autounfall und wird in eine Unfallklinik eingeliefert. Der Fall ist DRG-relevant. Der Patient erfüllt zwar die Bedingungen 1 und 2, nicht aber Bedingung 3.
- § Ein ausländischer Staatsbürger lässt sich in Deutschland an einer Herzklappe operieren. Es handelt sich um einen elektiven Patienten. Der Patient erfüllt alle drei Bedingungen und ist damit nicht DRG-relevant.

## Belegleistungen

- ① Bei Erbringung von Belegleistungen sind für die Fallkostenkalkulation folgende Besonderheiten zu beachten:

### *Kostenverteilung im Bereich der Normalstation*

- Soweit auf der Station ausschließlich Belegärzte tätig sind, werden keine Kosten der Kostenartengruppe 1 verteilt.
- Sind dagegen sowohl Belegärzte als auch angestellte Ärzte tätig, sind der Kostenartengruppe 1 die Kosten der angestellten Ärzte zugeordnet. Diese Kosten werden nach der in Kapitel 6.3.2 beschriebenen Methode den Patienten der Hauptabteilung zugerechnet. Zur Ermittlung des Kalkulationssatzes je Pflgetag dient die Gesamtpflegetagzahl der Kostenstelle, jedoch vermindert um die auf Belegpatienten entfallende Pflgetagzahl.

### *Kostenverteilung in OP-Bereich, Anästhesie und Kreissaal*

- Für Belegpatienten ist in den genannten Bereichen zu beachten, dass
  - für die Tätigkeit eines Belegarztes (Belegoperators) keine Kosten im Modul 4.1, bei Geburten auch keine Kosten im Modul 6.1, zu berücksichtigen sind,
  - für die Tätigkeit eines Beleganästhesisten keine Kosten im Modul 5.1 zu berücksichtigen sind,
  - für die Tätigkeit einer Beleghebamme keine Kosten im Modul 6.3 zu berücksichtigen sind.
- Wird jedoch für einen Belegpatienten gleichzeitig Belegpersonal und im Krankenhaus angestelltes Personal tätig (z.B. ein zweiter Operator), sind die Kosten des im Krankenhaus angestellten Personals in den betreffenden Modulen zu berücksichtigen.
- Für die Ermittlung des Kalkulationssatzes je Leistungsminute in den genannten Bereichen werden die dokumentierten Gesamtzeiten um die auf die Tätigkeit von Belegpersonal entfallenden Leis-

*Bei Leistungserbringung durch Belegpersonal sind für die betreffenden Fälle bestimmte Kostenanteile nicht zu berücksichtigen*

tungszeiten vermindert. Bei der fallbezogenen Kostenzuordnung werden ebenfalls nur diejenigen Leistungszeiten zugrunde gelegt, die durch im Krankenhaus angestelltes Personal erbracht wurden. Diese Vorgabe gilt allerdings nur für die Kostenzurechnung in den Modulen 4.1, 5.1, 6.1 und 6.3.

- Dagegen sind bei der Ermittlung der Kalkulationssätze für die Kostenartengruppen 7 (Personal- und Sachkosten medizinischer Infrastruktur) und 8 (Personal- und Sachkosten nicht medizinischer Infrastruktur) in den genannten Bereichen die dokumentierten Gesamtzeiten einschließlich der auf Belegpersonal entfallenden Leistungszeiten zugrunde zu legen (nicht jedoch ein GZF größer als 1). Nur so kann sichergestellt werden, dass die Infrastrukturkosten einheitlich und verursachungsgerecht verteilt werden.

- ❶ Für jeden Belegpatienten ist fallindividuell im DRG-Datensatz die Beteiligung der verschiedenen Belegpersonalarten zu kennzeichnen. Dabei ist unerheblich, welche unterschiedlichen Belegkonstellationen in einem Krankenhaus insgesamt vorliegen. Entscheidend für die Kennzeichnung im Datensatz ist allein die fallindividuell vorliegende Belegkonstellation.

*Die Belegkonstellation ist immer fallindividuell im DRG-Datensatz zu kennzeichnen*

### ECMO (Extrakorporale Membranoxygenation)

- ❶ Die ECMO ist ein spezielles Beatmungsverfahren, dessen zeitliche Anwendung patientenindividuell variiert. Die Dauer der Anwendung (in Stunden) ist daher fallbezogen zu dokumentieren. Dies bedeutet für die Zuordnung der

*Personalkosten:*

Für die Dauer der ECMO ist ein erhöhter ärztlicher und pflegerischer Betreuungsaufwand im Bereich der Intensivstation erforderlich. Falls sich dieser über die Gewichtung der Beatmungsstunden nicht adäquat abbilden lässt, kann auch ein dienstartenbezogener, spezifischer ECMO-Gewichtungsfaktor gebildet werden. Die in Kapitel 6.3.3 beispielhaft dargestellten Gewichtungsfaktoren würden sich dann um einen Faktor je ECMO-Verfahrensstunde erweitern.

*Sachkosten:*

Besondere Bedeutung hat die Einzelkostenzuordnung im Bereich Medikamente/Blutprodukte und Übriger medizinischer Sachbedarf. Von Relevanz sind insbesondere folgende Artikel(-gruppen):

<u>Artikel(-gruppe)</u>	<u>Modulzuordnung</u>
<b>Medikamente</b> (z.B. Beriplex, Haemate, Fibrogammin)	2.4b; 4.4b
<b>Blutprodukte</b> (z.B. Erythrozytenkonzentrat, Thrombozyten- apheresekonzentrat)	10.4b
<b>Übriger medizinischer Sachbedarf</b> (z.B. spezielles Materialset ECMO, spezielle Kanülen – soweit nicht im Set enthalten)	2.6b; 4.6b

Die Gemeinkostenzurechnung richtet sich nach den für die jeweilige Kostenstellengruppe definierten Bezugsgrößen der Kostenartengruppen 4a bzw. 6a.

### Konsiliarleistungen, ärztliche

Im Rahmen der Kalkulation ist zwischen internen und externen Konsilen zu unterscheiden.

*Die Kalkulation unterscheidet zwischen intern und extern erbrachten ärztlichen Konsiliarleistungen*

#### ❶ Interne Konsile

Interne Konsile werden während des Krankenhausaufenthalts des Patienten von der versorgenden Fachabteilung bei den anderen Fachabteilungen angefordert. Sie werden von im Krankenhaus angestellten Ärzten erbracht. Mit internen Konsilen in Verbindung stehende Kosten des ärztlichen Dienstes werden im Rahmen der Personalkostenverrechnung berücksichtigt (vgl. Kap. 4.2). 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.

#### ❷ Externe Konsile

Die Kosten externer Konsile sind in der Fallkostenkalkulation zu berücksichtigen, wenn sie durch das versorgende Krankenhaus von externen Leistungserbringern angefordert werden. Dies können z.B. niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser sein. 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 Fallbezug vorliegt, sollten die Kosten externer Konsile als Einzelkosten zugerechnet werden.

### ❶ Konsiliarleistungen an Dritte

Werden ärztliche Konsiliarleistungen für Dritte (Rehabilitationsklinik, Pflegeheim, anderes Krankenhaus) erbracht, sind diese Leistungs- und Kostenanteile als nicht DRG-relevant auszugliedern (vgl. die Erläuterungen in Kap. 4.4.3.8).

## Plastische Chirurgie

- ❶ Plastische Operationen sind nur dann DRG-relevant und in die Fallkostenkalkulation einzubeziehen, wenn die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden.

In allen übrigen Fällen liegen keine allgemeine Krankenhausleistungen vor, die demnach nicht zu berücksichtigen sind.

*Plastische Operationen sind nur bei Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse DRG-relevant*

## Untersuchungen in fremden Instituten

- ❶ Häufig beauftragen Krankenhäuser Dritte mit der Erstellung von medizinischen Institutsleistungen (z.B. Laboruntersuchungen, diagnostische Leistungen). Die Kosten für diese Leistungen werden 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.

*Die Einrichtung separater Kostenarten und Kostenstellen ermöglicht den einheitlichen Kostenausweis*

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

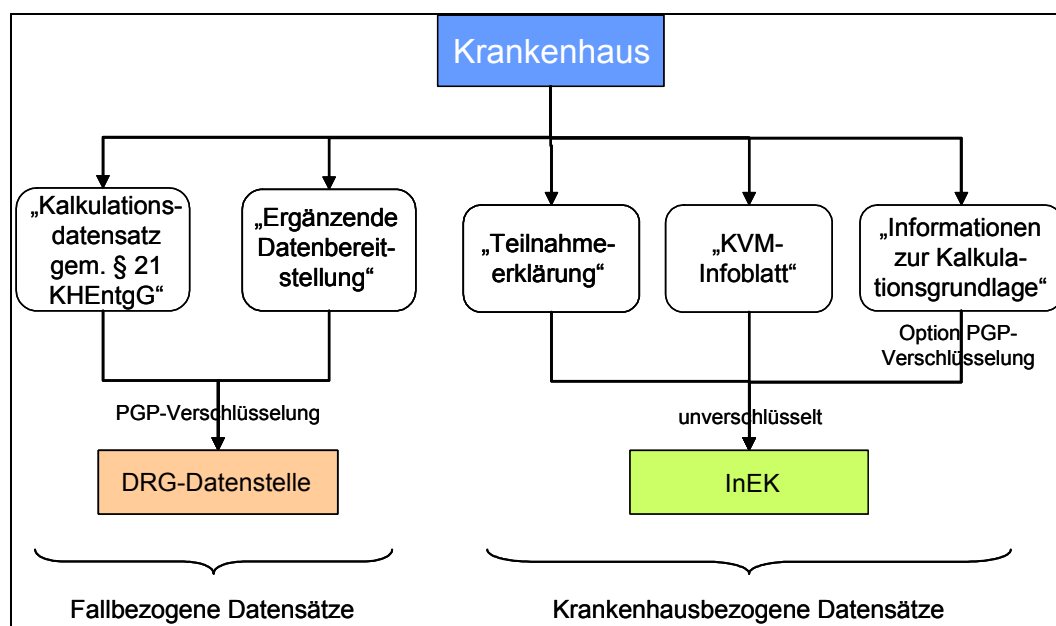
- ① Eine Ausnahme bilden von Dritten bezogene Blutprodukte, deren Kosten in jedem Fall im Modul 10.4b auszuweisen sind. Dies gilt auch für die Kosten der von Dritten erbrachten transfusionsmedizinischen Leistungen, soweit sie nicht von den Kosten der bezogenen Blutprodukte unterschieden werden können.
- ① Bei von Dritten bezogenen Dialyseleistungen und verwandten Verfahren ist in jedem Fall eine Kostenzuordnung zu Modul 3.6b vorzunehmen (vgl. in Kap. 6.2.1.2 die Erläuterungen zu extern bezogenen Leistungen).



## 8. DATENÜBERMITTLUNG

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

**Abbildung 8: Im Zusammenhang mit der Fallkostenkalkulation zu übermittelnde Daten**



### Krankenhausbezogene Datensätze

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

#### ➤ Teilnahmeerklärung

Mit der „Teilnahmeerklärung“ bekundet das Krankenhaus seine Absicht, Fallkosten 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 Fallkostenkalkulation 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 Kostenangaben 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 DRG-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.

lung (Verschlüsselung – soweit erforderlich –, Übermittlungsweg, Adressaten).

- ☒ Übermitteln Sie die Daten innerhalb der dafür vorgegebenen Frist.

### **Prüfung der zu übermittelnden Daten**

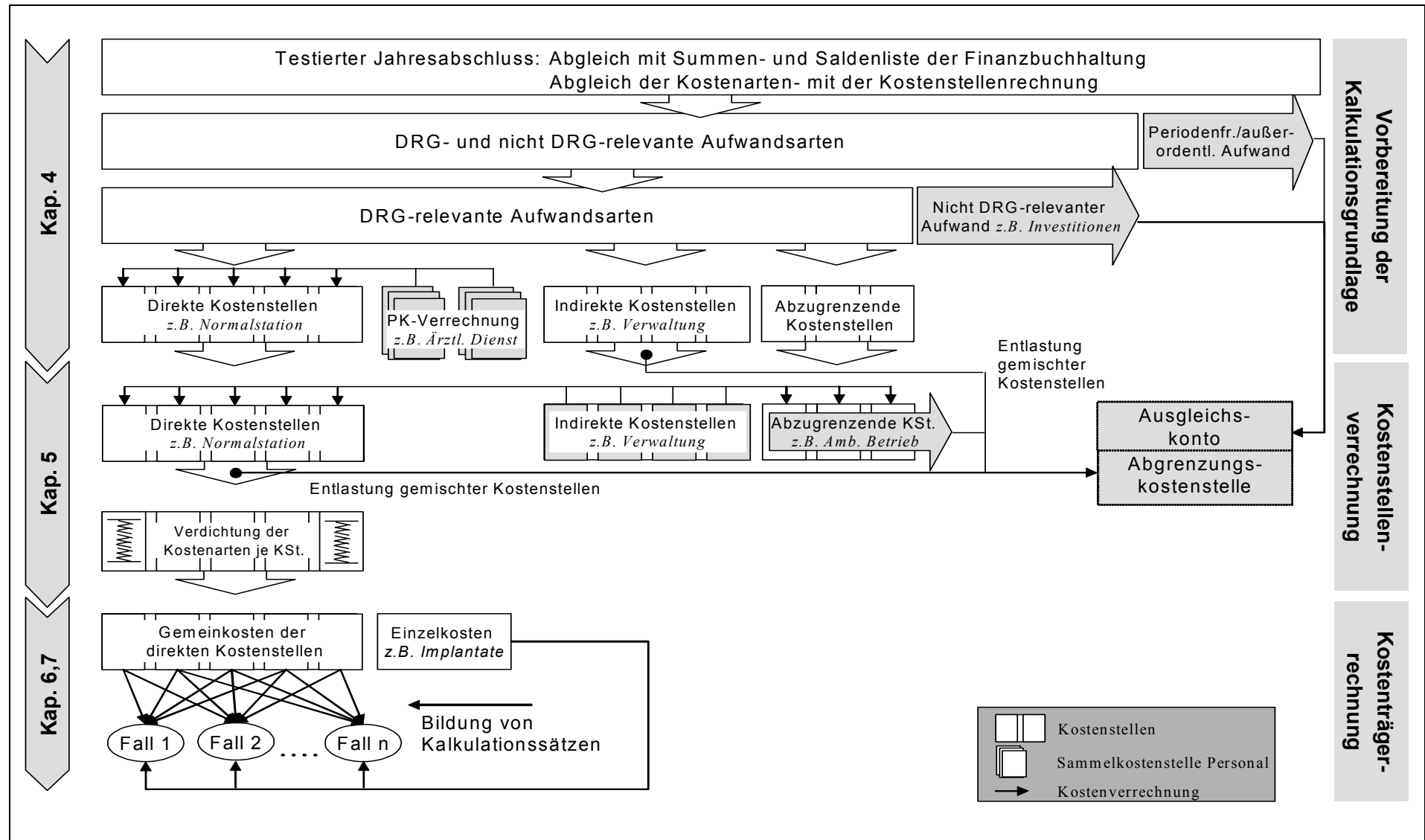
- ☒ Die Genehmigung der verwendeten klinischen Verteilungsmodelle durch das InEK liegt vor.
- ☒ Die Angaben zur Kalkulationsgrundlage stimmen mit den (summarischen) Werten der fallbezogenen Datensätze überein.
- ☒ Jeder übermittelte Falldatensatz enthält die Informationen des DRG-Datensatzes nach § 21 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 DRG-Daten gemäß § 21 KHentgG (beispielsweise Kostenangaben je Modul, dokumentierte OPS-Kodes).



## ANLAGEN

Anlage	1.1	Übersicht über die Kalkulationsschritte zur Ermittlung der DRG-relevanten Fallkosten
Anlage	1.2	Checkliste – Zentrale Arbeitsschritte zur Ermittlung der Fallkosten
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 1.1: Übersicht über die Kalkulationsschritte zur Ermittlung der DRG-relevanten Fallkosten



## Anlage 1.2: Checkliste – Zentrale Arbeitsschritte zur Ermittlung der Fallkosten

<b>Zentrale Arbeitsschritte zur Vorbereitung der Kalkulationsgrundlage</b>	
<b>Arbeitsschritte</b>	<b>Kapitel</b>
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 Fallbezug, 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"> <li>• mitarbeiterbezogene Zeiterfassung</li> <li>• andere geeignete Statistiken oder Schätzungen</li> </ul>	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 DRG-Relevanz der erbrachten Leistungen in jeder Kostenstelle, Bereinigung der Leistungsstatistik um nicht DRG-relevante 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 DRG-relevanten 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"> <li>• direkte Kostenstellen</li> <li>• indirekte Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur</li> <li>• indirekte Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur</li> <li>• abzugrenzende Kostenstellen</li> <li>• gemischte Kostenstellen</li> </ul>	4.4.2.1 4.4.2.2 4.4.2.3
16. Ermittlung des jeweiligen Anteils der nicht DRG-relevanten 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 DRG-relevanten Kostenanteils der Kostenstelle „Ausbildungsstätte“; Aufbereitung dieser Daten für die separate Übermittlung	4.4.4
18. Entlastung der Kostenstelle „Ausbildungsstätte“ von DRG-relevanten Ausbildungsvergütungen und Zuordnung auf die Pflegefachbereiche, in denen die Auszubildenden eingesetzt sind (ist dies nicht möglich, erfolgt eine gleichmäßige Belastung der Pflegefachbereiche mit den DRG-relevanten Ausbildungsvergütungen)	4.4.4

<b>Zentrale Arbeitsschritte der Kostenstellenverrechnung</b>	
<b>Arbeitsschritte</b>	<b>Kapitel</b>
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	
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. Abgrenzung des nicht DRG-relevanten Anteils der verrechneten Kosten der indirekten Kostenstellen auf die gemischten direkten Kostenstellen und Buchung des Abgrenzungsbetrags auf die Abgrenzungskostenstelle	5.2.2
29. Erzeugung einer Summen- und Saldenliste nach Durchführung der IBLV	5.2.2
30. Entlastung der abzugrenzenden Kostenstellen gegen die Abgrenzungskostenstelle	5.3



Arbeitsschritte	Kapitel
31. Erstellung einer Summen- und Saldenliste für die abzugrenzenden Kostenstellen jeweils vor und nach ihrer Entlastung auf die Abgrenzungskostenstelle	5.3
32. Verdichtung der Kostenarten je direkter Kostenstelle zu Kostenarten-gruppen entsprechend den Vorgaben der Anlage 4.1	5.4
33. Löschung der bis dahin verwendeten Kostenarten im EDV-System zur Erhöhung der Übersichtlichkeit	5.4
<b>Zentrale Arbeitsschritte der Kostenträgerrechnung</b>	
Arbeitsschritte	Kapitel
34. Zuordnung der direkten Kostenstellen zu Kostenstellengruppen	6.1
35. Ermittlung der Kosten, die als Einzelkosten zugeordnet werden gem. verbindlicher Aufstellung der Artikelgruppen in Anlage 10	6.2.1
36. Prüfung der in den direkten Kostenstellen vorliegenden Leistungsdaten	6.3.1
37. Auswahl geeigneter Bezugsgrößen für die fallbezogene Kostenzuordnung für jede direkte Kostenstelle vor dem Hintergrund der Anforderungen und Prioritäten der Anlage 5	6.3.1
38. Bildung von Kalkulationssätzen für die direkten Kostenstellen	6.3.1
39. Verteilung der Gemeinkosten der direkten Kostenstellen auf die leistungsempfangenden Fälle unter Verwendung der Kalkulationssätze	6.3.1
40. Zuordnung der Einzelkosten entsprechend der Verbrauchsdokumentation im Falldatensatz auf die entsprechenden Kostenmodule der Behandlungsfälle	6.3.1
41. Verdichtung der Kostendaten zu Kostenmodulen	6.4

## Anlage 2: Übersicht der Abgrenzungstatbestände

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

### 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 für die Besetzung des Notarztwagens	
Kosten der ergänzenden Leistungsbereiche (z.B. Kurzzeitpflege, Altenheim, Sozialstation 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
Leistungen für Fälle in besonderen Einrichtungen gem. § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG	x
Gabe von Faktorpräparaten für Bluterpatienten	x
Leistungen für Ausbildungsstätten	x
Leistungen, die in Einrichtungen für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapeutische Medizin erbracht werden	
Ambulante Leistungen (auch ambulantes Operieren nach § 115b SGB V)	
Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V	
Zusätzliche Leistungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme gem. § 137f SGB V	
Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG	
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: 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 (Normal- oder Intensivpflege)
- Gemeinsame Kostenstelle OP-Bereich
- Gemeinsame Kostenstelle Anästhesie
- Zentralsterilisation
- Sterilisation (Fachabteilung)
- Bettenzentrale
- Desinfektion
- Krankenhaushygiene
- Krankentransporte
- Milchküche (Neugeborene)
- Gipszimmer
- Apotheke
- Apothekenlager
- Medizinisches (Zentral-)Lager
- Versorgung Druckluft/Sauerstoff/Medizinische Gase
- Medizintechnik
- Qualitätssicherung/-management (medizinisch-pflegerisch)
- Pflegedienstleitung
- Ärztliche Direktion
- Orthopädische Werkstatt
- Archiv Patientenakten
- Fotolabor
- Medizinische Bibliothek
- Strahlenschutz
- Medizinischer Schreibdienst
- Medizinisches Controlling
- Patientenbetreuung
- Sozialdienst
- 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

Personaleinrichtungen

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Speisenversorgung, Küche

Wäscheversorgung

Zentrale Reinigungsdienste

Energie-, Wasser-, Brennstoffversorgung

Innerbetriebliche Transporte (außer Krankentransporte)

EDV / IT-Support

## Anlage 4.1: 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 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 DRG-relevant sind.

Folgende Kostenartengruppen sind definiert:

- |    |  |
|----|--|
| 1  | Personalkosten ärztlicher Dienst   |
| 2  | Personalkosten Pflegedienst  |
| 3  | Personalkosten des Funktionsdienstes und des medizinisch-technischen Dienstes                                      |
| 4a | Sachkosten für Arzneimittel  |
| 4b | Sachkosten für Arzneimittel (Einzelkosten/Ist-Verbrauch)   |
| 5  | Sachkosten für Implantate und Transplantate  |
| 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
<b>60</b>	<b>Löhne und Gehälter</b>		
	Ärztlicher Dienst	6000	1
	Pflegedienst	6001	2
	Medizinisch-technischer Dienst	6002	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
<b>61</b>	<b>Gesetzliche Sozialabgaben</b>		
	Ärztlicher Dienst	6100	1
	Pflegedienst	6101	2
	Medizinisch-technischer Dienst	6102	3
	Funktionsdienst	6103	3
	Klinisches Hauspersonal	6104	8
	Wirtschafts- und Versorgungsdienst	6105	8
	Technischer Dienst	6106	8

Konto- gruppe	Bezeichnung	Konto	Kostenar- tengruppe
	Verwaltungsdienst	6107	8
	Sonderdienst	6108	8
	frei	6109	
	Sonstiges Personal	6111	8
	Nicht zurechenbare Personalkosten	6112	8
<b>62</b>	<b>Aufwendungen für Altersversorgung</b>		
	Ärztlicher Dienst	6200	1
	Pflegedienst	6201	2
	Medizinisch-technischer Dienst	6202	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
<b>63</b>	<b>Aufwendungen für Beihilfen und Unterstützungen</b>		
	Ärztlicher Dienst	6300	1
	Pflegedienst	6301	2
	Medizinisch-technischer Dienst	6302	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
<b>64</b>	<b>Sonstige Personalaufwendungen</b>		
	Ärztlicher Dienst	6400	1
	Pflegedienst	6401	2
	Medizinisch-technischer Dienst	6402	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
<b>65</b>	<b>Lebensmittel und bezogene Leistungen</b>		
	Lebensmittel	650	8
	Bezogene Leistungen	651	8

Konto- gruppe	Bezeichnung	Konto	Kostenar- tengruppe
<b>66</b>	<b>Medizinischer Bedarf</b>		
	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
	Implantate	6613	5
	Transplantate	6614	5
	Kosten für Krankentransporte	6616	7
	Sonstiger med. Bedarf	6617	6a/b
	Honorare für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte	6618	1 / 6a/b
<b>67</b>	<b>Wasser, Energie, Brennstoffe</b>		
	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
<b>68</b>	<b>Wirtschaftsbedarf</b>		
	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
<b>69</b>	<b>Verwaltungsbedarf</b>		
	Büromaterialien und Druckarbeiten	690	8
	Porto, Postfach-, Bankgebühren, Kleinfrachten, Fremdlager	691	8



Konto- gruppe	Bezeichnung	Konto	Kostenar- tengruppe
	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 berücksichtigen	6980	8
	Sonstiger Verwaltungsbedarf	699	8
<b>70</b>	<b>Aufwendungen für zentrale Dienstleistungen</b>		
	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
<b>71</b>	<b>Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter (soweit Festwerte gebildet wurden)</b>		8
<b>72</b>	<b>Instandhaltung</b>		
	Pflegesatzfähige Instandhaltung		
	Instandhaltung Medizintechnik	7201	7
	Instandhaltung Sonstiges	7202	8
	Nicht aktivierungsfähige, nach dem KHG geförderte Maßnahmen		
	Mit pauschalen Fördermitteln finanziert	7211	8
<b>73</b>	<b>Steuern, Abgaben, Versicherungen</b>		
	Steuern	730	8
	Sonstige Abgaben	731	8
	Versicherungen	732	8
<b>74</b>	<b>Zinsen und ähnliche Aufwendungen</b>		
	Zinsen und ähnliche Aufwendungen für Betriebsmittelkredite	740	8
<b>76</b>	<b>Abschreibungen</b>		
	Abschreibungen auf wiederbeschaffte Gebrauchsgüter		
	Med. Gebrauchsgüter	76100	7
	Sonstige Gebrauchsgüter	76101	8

Konto- gruppe	Bezeichnung	Konto	Kostenar- tengruppe
<b>78</b>	<b>Sonstige ordentliche Aufwendungen</b>		
	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: 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 DRG-relevant sind.

<b>Kostenarten- gruppe</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Konto</b>	<b>Konto- gruppe</b>
<b>Kostenartengruppe 1: Personalkosten ärztlicher Dienst</b>			
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
<b>Kostenartengruppe 2: Personalkosten Pflegedienst</b>			
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
<b>Kostenartengruppe 3: Personalkosten medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst</b>			
3	Lohn/Gehalt MTD	6002	60
3	Gesetzl. Sozialabgaben MTD	6102	61
3	Aufwendungen für Altersversorgung MTD	6202	62
3	Aufwendungen für Beihilfen/Unterstützungen MTD	6302	63
3	Sonstige Personalaufwendungen MTD	6402	64
3	Lohn/Gehalt FD	6003	60
3	Gesetzl. Sozialabgaben FD	6103	61
3	Aufwendungen für Altersversorgung FD	6203	62
3	Aufwendungen für Beihilfen/Unterstützungen FD	6303	63
3	Sonstige Personalaufwendungen FD	6403	64
<b>Kostenartengruppe 4a: Sachkosten Arzneimittel</b>			
<b>Kostenartengruppe 4b: Sachkosten Arzneimittel Einzelkostenzuordnung</b>			
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
<b>Kostenartengruppe 5: Sachkosten Implantate/Transplantate</b>			
5	Med. Bedarf Implantate	6613	66
5	Med. Bedarf Transplantate	6614	66

Kosten- arten- gruppe	Bezeichnung	Konto	Konto- gruppe
<b>Kostenartengruppe 6a: Sachkosten übriger medizinischer Bedarf</b>			
<b>Kostenartengruppe 6b: Sachkosten übriger medizinischer Bedarf Einzelkostenzuordnung</b>			
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
<b>Kostenartengruppe 7: Personal- und Sachkosten medizinische Infrastruktur</b>			
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
<b>Kostenartengruppe 8: Personal- und Sachkosten der nicht medizinischen Infrastruktur</b>			
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 Versorgungsdienst	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 Personalkosten	6112	61
8	Aufwend. für Altersversorgung klinisches Hauspersonal	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

<b>Kosten- arten- gruppe</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Konto</b>	<b>Konto- gruppe</b>
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 zurechenbare 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 Druckarbeiten	690	69

Kosten- arten- 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: Übersicht über die für die Kostenträgerrechnung benötigten Kosten- und Leistungsdaten

Anlage 5		Personal- kosten ärztlicher Dienst	Personal- kosten Pflegedienst	Personal- kosten med.- techn. Dienst/ Funktions- dienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten Implantate/ Transplantate	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf		Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur
		1	2	3	4a	4b <sup>1</sup>	5 <sup>1</sup>	6a	6b <sup>1</sup>	7	8
Normalstation	1	Pflegetage	PPR-Minuten <sup>2</sup>	Pflegetage	PPR-Minuten <sup>2</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	nicht relevant	PPR-Minuten <sup>2</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Pflegetage	Pflegetage
Intensivstation	2	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung <sup>3</sup>	Gewichtete Intensivstunden	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Intensivstunden	Intensivstunden
Dialyse- abteilung	3	Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	nicht relevant	Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>	Gewichtete Dialysen <sup>4</sup>
OP-Bereich	4	Schnitt-Naht-Zeit mit GZF und Rüstzeit <sup>5</sup>	nicht relevant	Schnitt-Naht- Zeit/HLM-Zeit mit GZF <sup>6</sup> und Rüstzeit <sup>5</sup>	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit <sup>5</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit <sup>5</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit <sup>5</sup>	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit <sup>5</sup>
Anästhesie	5	Anästhesio- logiezeit <sup>7</sup> und GZF <sup>8</sup>	nicht relevant	Anästhesio- logiezeit <sup>7</sup>	Anästhesio- logiezeit <sup>7</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	nicht relevant	Anästhesio- logiezeit <sup>7</sup>	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Anästhesio- logiezeit <sup>7</sup>	Anästhesio- logiezeit <sup>7</sup>
Kreißsaal	6	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	nicht relevant	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	nicht relevant	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal
Kardiologische Diagnostik/ Therapie	7	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	nicht relevant	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	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	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	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	Punkte lt. Leistungs- katalog	Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	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	Punkte lt. Leistungs- katalog	Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung <sup>9</sup>	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	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	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
- 2) Neben der PPR sind ähnliche sachgerechte Systeme zugelassen
- 3) In Einzelfällen relevant
- 4) Gewichtete Dialysen nach Dialysearten
- 5) Hausindividuelle Standards der Rüstzeiten können gebildet werden
- 6) In der Regel GZF 2 (bei HLM GZF 1)
- 7) Anästhesiologiezeit: Übernahme/Übergabe des Patienten, d.h. unter Einbezug eventueller Rüstzeiten
- 8) GZF ist standardisiert 1,0; in medizinisch begründeten Ausnahmefällen auch höher
- 9) Nur für Transplantatkosten bei Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion

## Anlage 6: Zuordnung von Kostenstellen zu Kostenstellengruppen

Die Übersicht zeigt die Zuordnung von direkten Kostenstellen zu Kostenstellengruppen (vgl. Kap. 6.1). 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 sinn- gemäß zu verfahren.

<b>Kosten- stellen- gruppe</b>	<b>Bezeichnung zugehöriger Kostenstellengruppe</b>
<b>01</b>	<b>Normalstation</b> (Interdisziplinäre) Aufnahmestation (bettenführend) Station Normalpflege Fachabteilung Neugeborenenzimmer Schlaflabor
<b>02</b>	<b>Intensivstation</b> Station Intensivbehandlung Station Intensivüberwachung Intensivstation Neonatologie Kardiologische Wacheinheit Intermediate Care Stroke Unit
<b>03</b>	<b>Dialyseabteilung</b> Dialyse
<b>04</b>	<b>OP-Bereich</b> Zentral-OP Operationssaal OP-Roboter OP-Kardiotechnik (Herz-Lungen-Maschine) TUR Eingriffsraum Kreißaal-OP Eingriffsraum (fachabteilungsspezifisch)
<b>05</b>	<b>Anästhesie</b> Anästhesie im OP Anästhesie im Eingriffsraum Aufwachraum Schockraum
<b>06</b>	<b>Kreißaal</b> Kreißaal
<b>07</b>	<b>Kardiologische Diagnostik/Therapie</b> Herzkatheterlabor Angiologische Diagnostik



<b>Kosten- stellen- gruppe</b>	<b>Bezeichnung zugehöriger Kostenstellen</b>
<b>08</b>	<b>Endoskopische Diagnostik/Therapie</b> Endoskopischer Eingriffsraum
<b>09</b>	<b>Radiologie</b> Konventionelle Röntgendiagnostik Computertomographie (CT) Angiographie, Angioplastie Magnet-Resonanz-Tomographie (Kernspintomographie) Positronen-Emissions-Tomographie (PET) Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) Szintigraphie Strahlentherapie Nuklearmedizin
<b>10</b>	<b>Laboratorien</b> Zentrallabor Labor Klinische Chemie Labor Medizinische Immunologie Labor Transfusionsmedizin Blutspende Blutdepot Labor Medizinische Mikrobiologie Labor Hämatologie Labor Stammzelltransplantation Hornhautbank Pathologie Pathophysiologie Histologie
<b>11</b>	<b>Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche</b> Funktionsdiagnostik EEG EKG EMG Lungenfunktionsdiagnostik Sonographie Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL), Lithotripter Laparoskopie Phoniatrie Audiologie Ophthalmologie Allergologie Manometrielabor Elektrophysiologie Urodynamik Kreislauflabor Proktologie Phlebologie

**Kosten-  
stellen-  
gruppe**

**Bezeichnung zugehöriger Kostenstellen**

Rhythmologie  
Sprachtherapie  
Lasertherapie  
Sehschule  
Lichttherapie  
Klinische Psychologie  
Stomatherapie  
Inhalation  
Ambulanz  
Poliklinik  
Hochdruckambulanz  
Schmerzambulanz  
Schrittmachersprechstunde  
Kinderchirurgische Sprechstunde  
Tumorsprechstunde  
Notfallambulanz  
Rettungsstelle  
Zentrale Aufnahmestelle (Untersuchung, Diagnostik – nicht bettenführend)  
Physikalische Therapie  
Krankengymnastik  
Ergotherapie  
Massage  
Bäderabteilung

**12      NN**

## Anlage 7: 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. medi- zinische Infrastr.	KSt. nicht medizin. Infrastr.	Abzugr. KSt.	
<b>90</b>			<b>Gemeinsame Kostenstellen</b>						
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		x		x		
		9021	Werkstätten/Technischer Dienst (Medizintechnik)		x	x			
		9022	Werkstätten/Technischer Dienst (außer Medizintechnik)		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- zinische Infrastr.	KSt. nicht medizin. Infrastr.	Abzugr. KSt.	
905			Aus-, Fort- und Weiterbildung		x		x		
906			Sozialdienst, Patientenbetreuung		x	x			
<b>91</b>			<b>Versorgungseinrichtungen</b>		x				
910			Speisenversorgung		x		x		
911			Wäscheversorgung		x		x		
912			Zentraler Reinigungsdienst		x		x		
913			Versorgung mit Energie, Wasser, Brennstoffen		x		x		
		9131	Medizinische Gasversorgung		x	x			
		9132	Medizinversorgung (außer med. Gase)		x		x		
914			Innerbetriebliche Transporte		x				
		9141	Patiententransporte		x	x			
		9142	Andere Transporte		x		x		
917			Apotheke		x	x			
		9171	Arzneimittelausgabe (ohne Herstellung)		x	x			
		9172	Arzneimittelzubereitung		x	x			
918			Zentrale Sterilisation		x	x			
<b>92</b>			<b>Medizinische Institutionen</b>						
920			Röntgendiagnostik und -therapie	x					9
	9201		Konventionelle Röntgenverfahren	x					9
	9202		Computertomographie (CT)	x					9
	9203		Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT)	x					9
	9204		Angiographie	x					9
	9205		Angioplastie/andere intervent. Verfahren	x					9
921			Nukleardiagnostik und -therapie	x					9
	9211		Positronenemissionstomographie (PET)	x					9
	9212		Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	x					9
	9213		Szintigraphie	x					9
	9214		Strahlentherapie	x					9
922			Laboratorien	x					10
	9221		Blutspende	x					10
	9222		Blutbank/Blutdepot	x					10

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.	Abzugr. KSt.	
		9223	Klinische Chemie	x					10
		9224	Virologie	x					10
		9225	Mikrobiologie	x					10
		9226	Molekulare Diagnostik	x					10
923			Funktionsdiagnostik	x					11
924			Sonstige diagnostische Einrichtungen	x					11
	9241		Kardiologische Diagnostik/Therapie (Herzkatheterlabor/ -messplatz)	x					7
	9242		Endoskopische Diagnostik/Therapie	x					8
925			Anästhesie	x					5
	9251		Anästhesie (Narkoseleistungen)	x					5
	9252		Anästhesie (andere stationäre Leistungen, z.B. Schmerz- therapie)	x					5
		9253	Aufwachraum	x					5
925			OP-Einrichtungen	x					4
	9254		Operationssaal	x					4
	9255		Eingriffsraum (fachgebietsbezogen, außer Kardiologie, Endoskopie)	x					4
		9256	Ambulantes Operieren					x	
925			Kreißsaal	x					6
	9257		Kreißsaal (Geburtsraum)	x					6
	9258		OP im Kreißsaal	x					4
926			Physikalische Therapie	x					11
927			Sonstige therapeutische Einrichtungen	x					11
	9271		Dialyse	x					3
	9272		Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	x					11
928			Pathologie	x					10
929			Ambulanzen	x					11

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.	Abzugr. KSt.	
<b>93 – 95</b>			<b>Pflegefachbereiche – Normalpflege</b>						
931			Allgemeine Innere Medizin	x					1
932			Geriatric	x					1
933			Kardiologie	x					1
934			Allgemeine Nephrologie	x					1
936			Gastroenterologie	x					1
937			Pädiatrie	x					1
938			Kinderkardiologie	x					1
939			Infektion	x					1
940			Lungen- und Bronchialheilkunde	x					1
941			Allgemeine Chirurgie	x					1
942			Unfallchirurgie	x					1
943			Kinderchirurgie	x					1
944			Endoprothetik	x					1
945			Gefäßchirurgie	x					1
946			Handchirurgie	x					1
947			Plastische Chirurgie	x					1
948			Thoraxchirurgie	x					1
949			Herzchirurgie	x					1
950			Urologie	x					1
951			Orthopädie	x					1
952			Neurochirurgie	x					1
953			Gynäkologie	x					1
954			HNO und Augen	x					1
955			Neurologie	x					1
956			Psychiatrie					x	
957			Radiologie	x					1
958			Dermatologie und Venerologie	x					1
959			Zahn- u. Kieferheilkunde, Mund- u. Kieferchirurgie	x					1

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.	Abzugr. KSt.	
<b>96</b>			<b>Pflegefachbereiche – abweichende Pflegeintensität</b>						
961			Intensivüberwachung	x					2
962			Intensivbehandlung	x					2
	9621		Intensivbehandlung (Erwachsene)	x					2
	9622		Intensivbehandlung (Neugeborene)	x					2
	9623		Intermediate Care	x					2
	9624		Stroke Unit	x					2
964			Intensivmedizin	x					2
965			Minimalpflege	x					1
966			Nachsorge	x					1
967			Halbstationäre (teilstationäre) Leistungen – Tageskliniken	x					1
968			Halbstationäre (teilstationäre) Leistungen – Nachtkliniken	x					1
969			Chronisch- und Langzeitkranke	x					1
<b>97</b>			<b>Sonstige Leistungen</b>						
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	
<b>98</b>			<b>Ausgliederungen</b>					x	
981			Hilfs- und Nebenbetriebe					x	
982			Bereitstellung Notarzt					x	

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

KST-Nr.	Bezeichnung der Kostenstelle	Verrechnungsschlüssel		
		Priorität 1	Priorität 2	Priorität 3
901	Ärztlicher Direktor	Vollzeitkräfte ÄD	primäre Personalkosten ÄD	
	Pflegedienstleitung	Vollzeitkräfte PD	primäre Personalkosten PD	
	Medizinischer Schreibdienst	Arbeitsstunden	Vollzeitkräfte ÄD, PD, FD	
	Archiv Patientenakten	Anzahl bearb. Dokumente	Fallzahl	
	Medizin. Dokumentation	Anzahl bearb. Dokumente	Pflegetage	
	Fotolabor	Anzahl bearb. Dokumente	Pflegetage	
	Medizincontrolling	Vollzeitkräfte	primäre Gemeinkosten	Fallzahl
	Qualitätsmanagement	Vollzeitkräfte (KoAGrp 1-3)	prim. Personalk. (KoAGrp 1-3)	
	Strahlenschutz	Vollzeitkräfte (KoAGrp 1-3)	prim. Personalk. (KoAGrp 1-3)	
902	Werkstatt (medizinisch)	Arbeitsstunden	primäre Sachkosten	
904	Zimmer Bereitschaftsdienst	Vollzeitkräfte ÄD		
905	Medizinische Bibliothek	Vollzeitkräfte ÄD		
906	Sozialdienst/Patientenbetreuung	betreute Patienten	Pflegetage	
	Krankenhausseelsorge	Pflegetage		
	Patientenbücherei	Pflegetage		
910	Milchküche (Neugeborene)	Pflegetage		
911	Bettenaufbereitung	Anzahl aufbereitete Betten	Fallzahl	
	Desinfektion	Arbeitsstunden	Pflegetage	
912	Krankenhaushygiene	Arbeitsstunden	Pflegetage	
913	Versorgung Druckluft/Sauerstoff	Verbrauchsmenge	Anzahl Anschlüsse	Fallzahl
	Versorgung medizinische Gase	Verbrauchsmenge	Anzahl Anschlüsse	Fallzahl
	Medizintechnik	Arbeitsstunden	Ausstattung Geräte	
914	Krankentransporte	Anzahl Transporte	Vollzeitkräfte	
917	Apotheke	Anzahl Bestellungen	primäre Sachkosten (KoAGrp 4)	
918	Zentralsterilisation	Anz. Sterilguteinheiten		
919	Medizinisches Zentrallager	Anzahl Lagereinheiten	primäre Sachkosten (KoAGrp 4,5,6)	

### Anmerkungen zu den Verrechnungsschlüsseln

Größen 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
Pflegetage	
primäre Gemeinkosten	KoAGrp 1,2,3,4a,6a,7,8 (oder Auswahl)
primäre Personalkosten	KoAGrp 1,2,3 sowie PK der KoAGrp 7,8 (oder Auswahl)
primäre Sachkosten	KoAGrp 4,5,6 sowie SK der KoAGrp 7,8 (oder Auswahl)



**Anlage 9: 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
	Gebäudetechnik	Arbeitsstunden	Ausstattung Geräte	m² Nutzfläche
914	Innerbetr. Transporte	Anzahl Transporte	Vollzeitkräfte	Fallzahl
	Fuhrpark	gefahrte km	Vollzeitkräfte	Fallzahl
919	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 1,2,3,4a,6a,7,8 (oder Auswahl)
primäre Personalkosten	KoAGrp 1,2,3 sowie PK der KoAGrp 7,8 (oder Auswahl)
primäre Sachkosten	KoAGrp 4,5,6 sowie SK der KoAGrp 7,8 (oder Auswahl)

## Anlage 10: Artikelliste für die Einzelkostenzuordnung

Erläuterungen zur Einzelkostenzuordnung enthält Kap. 6.2.1

Artikelgruppe	Einsatzgebiet	Artikel (allgemeine Bezeichnung)	Mengen- einheit	Kostenzurechnung <sup>1</sup>		Kostenausweis	
				IST	KVM	KoStGrp	KoArtGrp
Medikamente <sup>3</sup>	Antibiotika	Teure Medikamente (ab 300 € Kosten pro Fall)	<sup>2</sup>	X	X	OdV	4b
		Implantierbare Medikamententräger	Stück	X	--	OdV	4b
	Antimykotika	Teure Medikamente (ab 300 € Kosten pro Fall)	<sup>2</sup>	X	X	OdV	4b
	Faktorpräparate bei Bluterpatienten	Für Bluterpatienten eingesetzte Präparate, die separat vergütet werden	<sup>2</sup>	X	--	99	10
	Hormonpräparate (z.B. Octreotid, r-TSH)	Teure Medikamente (ab 300 € Kosten pro Fall)	<sup>2</sup>	X	X	OdV	4b
	Immunstimulanzien (z.B. Interferon)	Teure Medikamente (ab 300 € Kosten pro Fall)	<sup>2</sup>	X	X	OdV	4b
	Immunsuppressiva	Teure Medikamente (ab 300 € Kosten pro Fall)	<sup>2</sup>	X	--	OdV	4b
	Lysemedikamente	Teure Medikamente (ab 300 € Kosten pro Fall)	<sup>2</sup>	X	--	OdV	4b
	Monoklonale Antikörper	Teure Medikamente (ab 300 € Kosten pro Fall)	<sup>2</sup>	X	X	OdV	4b
	Plasmaproteine	Teure Medikamente (ab 300 € Kosten pro Fall)	<sup>2</sup>	X	X	OdV	4b
	Radiopharmaka	Teure Medikamente (ab 300 € Kosten pro Fall)	<sup>2</sup>	X	--	OdV	4b
	Supportive Tumorthherapie (z.B. Zytoprotektiva, G-CSF)	Teure Medikamente (ab 300 € Kosten pro Fall)	<sup>2</sup>	X	X	OdV	4b
	Virustatika	Teure Medikamente (ab 300 € Kosten pro Fall)	<sup>2</sup>	X	X	OdV	4b
	Zytokine	Teure Medikamente (ab 300 € Kosten pro Fall)	<sup>2</sup>	X	X	OdV	4b
	Zytostatika	Teure Medikamente (ab 300 € Kosten pro Fall)	<sup>2</sup>	X	--	OdV	4b
Blutprodukte <sup>4</sup>		Erythrozytenkonzentrate	TE <sup>5</sup>	X	--	10	4b
		Thrombozytenkonzentrate	TE <sup>5</sup>	X	--	10	4b
		Apherese-Thrombozytenkonzentrate	Konz. <sup>5</sup>	X	--	10	4b
		Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	Konz. <sup>5</sup>	X	--	10	4b
		Lymphozyten	TE <sup>5</sup>	X	--	10	4b
		Leukozyten	<sup>2</sup>	X	--	10	4b
		Granulozytenkonzentrate	Konz. <sup>5</sup>	X	--	10	4b
		Fresh Frozen Plasma (FFP)	TE <sup>5</sup>	X	X	10	4b

Artikelgruppe	Einsatzgebiet	Artikel (allgemeine Bezeichnung)	Mengen- einheit	Kostenzurechnung <sup>1</sup>		Kostenausweis	
				IST	KVM	KoStGrp	KoArtGrp
Implantate	Bewegungsapparat	Hüftendoprothesen	Stück	X	--	OdV	5
		Knieendoprothesen	Stück	X	--	OdV	5
		Tumorendoprothesen	Stück	X	--	OdV	5
		Andere Gelenkprothesen	Stück	X	--	OdV	5
		Wirbelsäulenimplantate	Stück	X	--	OdV	5
		Beckenimplantate	Stück	X	--	OdV	5
		Knochenzement	Stück	X	X	OdV	5
		Knochenersatzstoffe	Stück	X	X	OdV	5
		Schrauben, Nägel, Platten (ab 50 € pro Stück)	Stück	X	--	OdV	5
		Schrauben, Nägel, Platten (bis 50 € pro Stück)			X	OdV	5
	Herz und Gefäße	Kunstherz mit Zubehör	Stück	X	--	OdV	5
		Linksventrikuläre Unterstützungssysteme (LVAD) mit Zubehör	Stück	X	--	OdV	5
		Intraaortale Ballonpumpe (IABP) mit Zubehör	Stück	X	--	OdV	5
		Stentgraft-Prothesen der Aorta	Stück	X	--	OdV	5
		Gefäßprothesen	Stück	X	--	OdV	5
		Medikamente-freisetzende Koronarstents	Stück	X	--	OdV	5
		Andere Koronarstents	Stück	X	--	OdV	5
		Herzschrittlemacher mit Zubehör	Stück	X	--	OdV	5
		Defibrillatoren mit Zubehör	Stück	X	--	OdV	5
		Gefäßstents	Stück	X	--	OdV	5
	Gastrointestinaltrakt	Portsysteme	Stück	X	X <sup>6</sup>	OdV	5
		Coils	Stück	X	--	OdV	5
		Herzklappen (auch organische Materialien)	Stück	X	--	OdV	5
		Stents	Stück	X	--	OdV	5
	Schädel	Implantate Schädel- und Gesichtsschädelknochen	Stück	X	--	OdV	5
		Unterkieferrekonstruktionsplatten	Stück	X	--	OdV	5
		Ramus-Distraktoren	Stück	X	--	OdV	5

Artikelgruppe	Einsatzgebiet	Artikel (allgemeine Bezeichnung)	Mengen- einheit	Kostenzurechnung <sup>1</sup>		Kostenausweis	
				IST	KVM	KoStGrp	KoArtGrp
	Nervensystem	Neurostimulator mit Zubehör	Stück	X	--	OdV	5
		Cochleaimplantate	Stück	X	--	OdV	5
	Auge	Linsen	Stück	X	--	OdV	5
	Haut	Mammaprothesen	Stück	X	--	OdV	5
		Hautersatzmaterialien	Stück	X	X	OdV	5
	Urogenitaltrakt	Blasenstimulator mit Zubehör	Stück	X	--	OdV	5
		Künstlicher Blasenschließmuskel	Stück	X	--	OdV	5
		Penisprothese	Stück	X	--	OdV	5
	Nuklearmedizin	Seeds	Stück	X	--	OdV	5
	Andere implantierbare Ag- gregate	Zwerchfellschrittmacher mit Zubehör	Stück	X	--	OdV	5
		Implantierbare Medikamentenpumpen mit Zubehör	Stück	X	--	OdV	5
Transplantate		Fremdbezogene Stammzellen (inkl. Kosten für Spender- datei, Labor- und Qualitätskontrolle)	<sup>2</sup>	X	--	10	5
		Autologe Chondrozyten	<sup>2</sup>	X	--	OdV	5
Herz-/Röntgen- katheter		Herzkatheter	Stück	X	X <sup>6</sup>	OdV	6b
		PTA-Katheter	Stück	X	X <sup>6</sup>	OdV	6b
		Angiographiekatheter	Stück	X	X <sup>6</sup>	OdV	6b
Materialsets, spe- zielle		ECMO-Set (inkl. Oxygenator, Pumpenkopf, perkut. Ka- näle)	Stck (Set)	X	--	OdV	6b
		Materialset Immunadsorption	Stck (Set)	X	--	3	6b
Verbrauchsmat- erialien, andere		Spezielle Kontrastmittel	<sup>2</sup>	X	X	OdV	6b
		Spezielle Elektroden	Stück	X	--	OdV	6b
		Spezielle Kanülen	Stück	X	X	OdV	6b
Aufwendige Fremdleistungen		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:

- <sup>1</sup> Medikamente können auch bei Kosten pro Fall unter 300 € 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.
- <sup>2</sup> Übliche Maßeinheit je Wirkstoff (in der Regel mg oder I.E.)
- <sup>3</sup> Für die ergänzende Datenbereitstellung benennt das InEK einzelne Wirkstoffe, für die eine Einzelkostenzuordnung erforderlich ist.
- <sup>4</sup> Für die ergänzende Datenbereitstellung benennt das InEK einzelne Produkte (ggf. mit Mindestmengenangabe), für die eine Einzelkostenzuordnung erforderlich ist.
- <sup>5</sup> 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.
- <sup>6</sup> Ab dem Datenjahr 2008 kann ein ausreichend differenziertes KVM nur noch für Artikel mit Kosten unter 300 € je Fall verwendet werden.

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

<b>Abgr.-KST</b>	Abgrenzungskostenstelle
<b>AbgrVO</b>	Abgrenzungsverordnung
<b>Abs.</b>	Absatz
<b>ÄD</b>	ärztlicher Dienst
<b>allg.</b>	allgemein
<b>Alt.</b>	Alternative
<b>Anl.</b>	Anlage
<b>ärztl.</b>	Ärztlich
<b>BK</b>	Ballonkatheter
<b>bzw.</b>	beziehungsweise
<b>CAD-Implantat</b>	Computer Aided Design-Implantat
<b>CT</b>	Computertomographie
<b>d.h.</b>	das heißt
<b>dir.</b>	direkt
<b>DKG</b>	Deutsche Krankenhausgesellschaft
<b>DKG-NT</b>	Deutsche Krankenhausgesellschaft – Nebenkostentarif
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Groups
<b>DSO</b>	Deutsche Stiftung Organtransplantation
<b>EBM</b>	Einheitlicher Bewertungs-Maßstab
<b>ECMO</b>	Extrakorporale Membranoxygenation
<b>EDV</b>	Elektronische Datenverarbeitung
<b>EEG</b>	Elektro-Enzephalographie
<b>EKG</b>	Elektro-Kardiographie
<b>EMG</b>	Elektro-Myographie
<b>etc.</b>	et cetera
<b>evtl.</b>	eventuell
<b>FD</b>	Funktionsdienst
<b>FFP</b>	Fresh Frozen Plasma
<b>FK</b>	Führungskatheter
<b>FPV</b>	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
<b>G-CSF</b>	Granulocyte Colony Stimulating Factor
<b>G-DRG</b>	German Diagnosis Related Groups
<b>GE</b>	Geldeinheiten
<b>Gem.</b>	gemäß
<b>Gew.</b>	gewichtet
<b>Ggf.</b>	gegebenenfalls
<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>Gn</b>	Gewichtungsfaktor für Leistungen vom Typ n
<b>GOÄ</b>	Gebührenordnung für Ärzte
<b>GZF</b>	Gleichzeitigkeitsfaktor
<b>H</b>	Stunden
<b>HELLP</b>	Haemolysis-Elevated Liver Enzymes Low Platelet Count
<b>HLM</b>	Herz-Lungen-Maschine
<b>IBLV</b>	Innerbetriebliche Leistungsverrechnung
<b>ICD</b>	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
<b>i.d.R.</b>	in der Regel

---

<b>I E</b>	Internationale Einheit
<b>IK</b>	Institutionskennzeichen
<b>indir.</b>	indirekt
<b>InEK</b>	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
<b>inkl.</b>	inklusive
<b>K</b>	DRG-relevante Kosten der direkten Kostenstelle
<b>Kap.</b>	Kapitel
<b>KapVO</b>	Kapazitätsverordnung
<b>Kf</b>	Gemeinkosten der Kostenstelle, die dem Fall zugeordnet werden
<b>KHBV</b>	Krankenhaus-Buchführungsverordnung
<b>KHEntgG</b>	Krankenhausentgeltgesetz
<b>KHG</b>	Krankenhausfinanzierungsgesetz
<b>KoAGrp</b>	Kostenartengruppe
<b>KoStGrp</b>	Kostenstellengruppe
<b>KS</b>	Kalkulationssatz der direkten Kostenstelle
<b>KSt.</b>	Kostenstelle
<b>KVM</b>	Klinisches Verteilungsmodell
<b>L</b>	DRG-relevante Leistungsmenge der direkten Kostenstelle
<b>Lf</b>	Zahl der während des Krankenhausaufenthaltes empfangenen Leistungen
<b>Lfn</b>	Zahl der während des Krankenhausaufenthaltes empfangenen Leistungen vom Typ n
<b>LG</b>	Gewichtete DRG-relevante Leistungsmenge der Kostenstelle
<b>LHK</b>	Linksherzkatheter
<b>Ln</b>	DRG-relevante Leistungsmenge vom Typ n
<b>lt.</b>	laut
<b>ME</b>	Mengeneinheit
<b>med.</b>	medizinisch
<b>med.-techn.</b>	medizinisch-technisch
<b>Mg</b>	Milligramm
<b>Min.</b>	Minuten
<b>MRT</b>	Magnet-Resonanz-Tomographie
<b>MTD</b>	Medizinisch-technischer Dienst
<b>Nr.</b>	Nummer
<b>o.g.</b>	oben genannt
<b>OP</b>	Operationssaal/Operation
<b>OPS</b>	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
<b>PEG</b>	Perkutane endoskopische Gastrostomie
<b>PET</b>	Positronen-Emissions-Tomographie
<b>PKV</b>	Private Krankenversicherung
<b>PPR</b>	Pflegepersonalregelung
<b>PsychPV</b>	Psychiatrie-Personalverordnung
<b>PTCA</b>	Perkutane Koronarangioplastie
<b>Qm</b>	Quadratmeter
<b>s.</b>	Siehe
<b>SGB V</b>	5. Buch des Sozialgesetzbuchs (Krankenversicherung)
<b>S-N-Zeit</b>	Schnitt-Naht-Zeit
<b>sog.</b>	sogenannte

---

<b>SPECT</b>	Single-Photon-Emissionscomputertomographie
<b>Std.</b>	Stunde
<b>Tab.</b>	Tabelle
<b>Tätigk.</b>	Tätigkeit
<b>teilstat.</b>	teilstationär
<b>TPG</b>	Transplantationsgesetz
<b>TPL</b>	Transplantation
<b>TUR</b>	Transurethrale Resektion
<b>u.a.</b>	unter anderem/anderen
<b>u.Ä.</b>	und Ähnliche
<b>übr.</b>	Übrige
<b>Ungew.</b>	ungewichtet
<b>vgl.</b>	vergleiche
<b>VK</b>	Vollzeitkräfte
<b>vollstat.</b>	vollstationär
<b>z.B.</b>	zum Beispiel



**STICHWORTVERZEICHNIS****A**

Abgaben .....	50, 233, 238
Abgrenzungskostenstelle .....	25, 45ff., 58f., 94ff., 112f., 222.
Abgrenzungsverordnung (AbgrVO) .....	50
Abschreibungen .....	<b>50f.</b> , 233, 238
Abweichende Pflegeintensität .....	30, 57, 247
Akademisches Lehrkrankenhaus .....	<b>70f.</b> , 226, 247
Allergologie .....	241
Altersversorgung .....	67, 70, 73, 231, 235f.
Ambulantes Operieren .....	15, 62
Ambulanz .....	35ff., 43, 56, 63, 242
Ambulanzkostenrechnung .....	56, 62
Anästhesie .....	41f., 103, 119, 157, <b>168ff.</b> , 189, 228, 239, 240, 245
Anästhesiologiezeit .....	125, <b>169ff.</b> , 239
Angiographie .....	173, 241, 244
Angiologische Diagnostik .....	240
Angioplastie .....	108ff., 179, 241, 244
Anschaffungspreis .....	5, 125
Apherese-Thrombozytenkonzentrate .....	113, 250
Apotheke .....	71f., 107, 228, 244
Apothekenlager .....	228
Arbeitnehmerüberlassung .....	<b>39ff.</b> , 162, 177
Archiv Patientenakten .....	228
Ärztliche Direktion .....	228, 248
- hauptamtlich .....	229, 249
Ärztlicher Dienst .....	34, 84, 230f., 239
Audiologie .....	241
Aufbereitungskosten .....	116, 201
Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißsaal .....	<b>173ff.</b> , 239
Aufnahme	
-station .....	63, 127, 240
-stelle	
zentrale - .....	179, 242
Aufwachraum .....	157, 170, 240, 245
Aufwendungen	
außerordentliche - .....	9, <b>45ff.</b> , 82, 223, 226
in Zusammenhang mit Ausgleichsposten .....	50
in Zusammenhang mit KHG-Sonderposten .....	50
periodenfremde - .....	9, 82, 223, 226
sonstige ordentliche - .....	51
übrige - .....	51
zinsähnliche .....	50
Aus-, Fort- und Weiterbildung .....	229, 244
Ausbildungs	
-mehrvergütung .....	9, <b>77f.</b>
-stätte .....	15, 31, 51, <b>77ff.</b> , 91, 223, 247

Ausgleichskonto .....	9, 24f., 45ff., 52, 221, 222f.
Ausländische Patienten .....	61, <b>211f.</b>
Außenanlagen .....	229, 243

## B

Bäderabteilung .....	242
Begleitperson .....	14f., 130, 135f., <b>211</b>
Beihilfen .....	67, 70, 73, 231, 235, 237
Beköstigungstage .....	72, 101, 204
Beleg	
-abteilung .....	132, 212f.
-anästhesist .....	132, 171, 212
-hebamme .....	132, 212
-operateur .....	212
-personal .....	64, 162, 171, 177, 212f.
-versorgung .....	<b>64</b> , 130, 132, 137, 168, 172, 178
Besondere Aufgaben, Zentren und Schwerpunkte .....	66
Besondere Einrichtung .....	16
Betriebsmittelkredite .....	50
Bettenzentrale .....	228
Bezugsgröße .....	32, 41, 89, 92, 92, <b>119ff.</b> , 124ff., 225, <b>239</b>
gewichtete - .....	23, <b>119ff.</b>
Bezugszeitraum .....	2, <b>18f.</b>
Blut .....	114, 138, 232, 235, 253
-depot .....	241, 244
-kosten .....	115
-produkte .....	32, 106, <b>113ff.</b> , 137, 143, 184, 187, 213ff.
-spende .....	183, 241, 244
Bluter .....	113f., 117, 250
Bonus .....	49
Bruttowerte .....	32, 106, 112

## C

Chemotherapie .....	208ff.
Computertomographie (CT) .....	29, 179, 241, 244

## D

Datenjahr .....	2, <b>18f.</b> , 133
Desinfektion .....	228, 248
Deutsche Krankenhausgesellschaft – Nebenkostentarif (DKG-NT) .....	62, 122, 153, 180, 185, 199, 201, 210
Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) .....	116, 191, 192
Dialyse .....	30, 103, 139, <b>144ff.</b> , 148, 240, 245
gewichtete - .....	146, 194, 239
Durchschnittspreis .....	201, 239
gleitender - .....	32, 106, 112ff., 201

## E

EDV .....	7, 24, 202, 225, 229, 243, 249
EEG .....	179, 232, 236, 241

Eingriffs	
-raum .....	<b>156ff.</b> , 240f., 245
-zeit.....	180ff.
Einheitlicher Bewertungs-Maßstab (EBM) .....	62, 122, 153, 199, 201, 210
Eintagesfälle .....	207
Einzelkosten .....	2ff., 22, 25, 26, 29, <b>31f.</b> , 40, 102, <b>105ff.</b> , 199ff., 214, 222ff., 230, 239, 253
-zuordnung .....	31f., <b>105ff.</b> , 235f., 239, 250ff.
Elektro-Kardiographie (EKG) .....	179, 232, 236, 241
Elektro-Myographie (EMG) .....	179, 241
Elektrophysiologie .....	241
Endoskopie .....	29, 215, 245
Ergänzende Leistungsbereiche .....	69f.
Ergotherapie .....	43, 242
Erlösabzugsverfahren .....	62f.
Erythrozytenkonzentrate .....	113f., 250
Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) .....	213f., 252
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) .....	241, 245

## F

Faktorpräparat .....	113f., 117, 188, 250
Forschung und Lehre .....	<b>66ff.</b> , 226, 247
Fortbildung .....	78
Fotolabor .....	228
Fremdleistungen .....	32, 106, 252
Fremdpersonal .....	39f.
Fresh Frozen Plasma (FFP) .....	113, 250
Funktionsdiagnostik .....	56, 241, 245
Funktionsdienst .....	34, 41, 53, 98f., <b>156ff.</b> , 181, 189, 205, 230f., 235

## G

Gebäude .....	76f., 229, 243
Gemeinkosten .....	5f., 23, 31ff., 102, <b>119ff.</b> , 222ff.
Gewinn- und Verlustrechnung .....	8f., 24f., 222
Gipszimmer .....	228
Gleichzeitigkeitsfaktor (GZF) .....	<b>159ff.</b> , 170, 213, 239
GOÄ .....	62, 122, 153, 180, 185, 199, 201, 210
Granulozytenkonzentrate .....	113, 250
Grundstücke .....	<b>76f.</b> , 229, 243

## H

Hämatologie .....	241
Hauskatalog .....	62, 120f., 180, 185
Hebamme .....	39, 42, <b>173ff.</b>
Herzkatheter .....	32, 108ff., 179, 252
Herzkatheterlabor .....	108ff., 240, 245
Herz-Lungen-Maschine (HLM) .....	157, 161ff. 239f.
Hirntoddiagnostik .....	191f.
Histologie .....	183, 241

Hochdruckambulanz.....	242
Honorartätigkeit	
Einzelverträge über - .....	39f.
Hornhautbank.....	183, 241

## I

Immunadsorption .....	116, 146f., 252
Immunologie .....	241
Implantate.....	32, 84ff., 106f., <b>115</b> , 189, 230ff., 235, 251f.
Informationen zur Kalkulationsgrundlage .....	218
Infrastruktur .....	27, 87, 101, 189, 203f.
medizinische - .....	28, 33, 53ff., 85, 93, 97, 189, 223, 228, 230, 248
nicht medizinische - .....	28, 33, 53ff., 85, 89, 93, 97, 189, 203, 223f., 229, 249
Inhalation .....	242
Innerbetriebliche Leistungsverrechnung (IBLV).....	8, 13, 28f., 33, 37, <b>89ff.</b> , 93ff., 224, 248f.
Anbauverfahren.....	90f., 224
Gleichungsverfahren .....	90f., 224
Stufenleiterverfahren.....	90f., 224
Instandhaltung .....	49f., 233, 236ff.
Integrierte Versorgung .....	15, 64
Intensivbehandlung .....	30, 240, 247
Intensivstation .....	41, 103, 122, <b>137ff.</b> , 189, 239, 240
Intensivstunde .....	122, 139, 142, 200
gewichtete - .....	139ff., 194
Intensivüberwachung .....	<b>137ff.</b> , 240, 247
Intermediate Care .....	127, 137, 240, 247
Investitionskosten.....	50
Istkostenbasis .....	2, 5
Ist-Verbrauch .....	31, 106f., 189, 230ff., 253
IT-Support.....	229, 243, 249

## J

Jahresabschluss	
testierter - .....	8f., 24f.
Jahresüberlieger.....	19

## K

Kalkulationssatz .....	87, 102, 119ff., 126f., 131, 205f., 213, 225
Kardiologie.....	29, 178, 215, 246
Kardiologische Wacheinheit .....	240
Klinische Chemie .....	241, 245
Klinische Psychologie.....	242
Klinisches Hauspersonal .....	230f., 235ff.
Klinisches Verteilungsmodell (KVM).....	22, 31, 40, 106, 108ff., 210, 217f., 250ff.
Knochenmarktransplantation.....	116, 184, 189, <b>199ff.</b> , 239
Kongruenz	
zeitliche - .....	5, 18
Konsil	
externes - .....	38, 65, 214
internes - .....	38, 64, 214

Konsiliarleistung .....	38, 64, 214f.
- an Dritte .....	38, 215
Kosten .....	
DRG-relevante - .....	17f., 45ff., 107, 188, 223
kalkulatorische - .....	51
Kostenarten .....	
-gruppe(n) .....	48, 83ff., 97ff., 125f., 188f., 224f., 230ff., 235ff.
-rechnung .....	8, 24ff., 45ff., 52, 77, 215, 223
Kostenstelle .....	
abzugrenzende - .....	28ff., 53f., 88, 91, 94f., 223, 226f.
direkte - .....	28, 34, 43, <b>52ff.</b> , 84, 88, 95, 104, 127, 223ff.
gemeinsame - .....	28, 55f., 228, 243
gemischte - .....	52ff., 61, 223
indirekte - .....	28, 43, <b>52ff.</b> , 88, 91, 222ff.
Sammel- .....	34, 36, 57, <b>86ff.</b> , 97, 224
Kostenstellen .....	
-blatt .....	72
-differenzierung .....	29
-gliederung .....	<b>27ff.</b> , 54, 103f., 222, 243ff.
-gruppe(n) .....	10, 22, 28, 29, 32, 52, 103ff., <b>124f.</b> , 188f., 194, 225, <b>240ff.</b>
-plan .....	5, 7f., 40, 54, 104
Mindest- .....	7f., 27, 31, 55
Muster- .....	7, 27f., 55
nach KHBV .....	7f., 27f., 55, 104
-rechnung .....	5, 7, 25ff., 32, 45ff., 52, 73, 202f., 215, 222f.
Kostenträgerrechnung .....	5, 7, 13, 17, 32, <b>102ff.</b> , 124ff., 188, 225, 239
Krankengymnastik .....	242
Krankenhausdirektion .....	229, 249
Krankenhaushygiene .....	228, 248
Krankentransporte .....	228, 232, 236, 248
Kreislauflabor .....	241
Kreißaal .....	29, 42, 103, <b>173ff.</b> , 189, 212, 239, 240, 245
Kreißaal-OP .....	240
Küche .....	53, 72, 229, 249
Kurzlieger .....	131, 135, 143
KVM-Infoblatt .....	218

## L

Labor .....	53, 114ff., <b>183ff.</b> , 189, 241, 252
Laparoskopie .....	241
Lasertherapie .....	242
LDL-Apherese .....	147
Leasing .....	51, 171
Lebendspender .....	192f.
Leberdialyse .....	148
Lehrdeputat .....	67
Leistungen .....	
ambulante - .....	<b>61ff.</b> , 207
DRG-relevante - .....	14ff., 42ff., 52f., 75, 120, 126
rein vorstationäre .....	15, 227
teilstationäre - .....	14, 30, 148, <b>201ff.</b>

Leistungsstatistik.....	9, 16, 36, 43, 62, 92f., 101, 109ff., 167, 223
Leukozytenkonzentrate .....	113
Lithotripter .....	241
Lichttherapie .....	242
Lungenfunktionsdiagnostik.....	241
Lymphozytenkonzentrate .....	113

## M

Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT).....	179, 241, 244
Manometrielabor .....	241
Massage.....	242
Materialsets .....	32, 106, 152, 208, 214, 252
Matratze	
spezielle - .....	117
Medikamente.....	32, 86f., 106, 112f., 184, 206f., 218, 250, 253
Medizinische Bibliothek .....	228, 248
Medizinische Institutionen .....	29f., 55f., 244
Medizinischer Schreibdienst .....	95, 228, 248
Medizinisches Controlling .....	28, 109f., 228, 243, 248
Medizinisch-technischer Dienst .....	34, 53, 84, 129, 163, 164, 205, 230f., 235
Medizintechnik.....	92, 228, 233, 236, 243, 248
Mehrfachbesetzung .....	159
Mentor.....	78
Mikrobiologie.....	241, 245
Milchküche.....	228, 248
Mitarbeiterbezogene Zeiterfassung .....	<b>35f.</b> , 69, 71, 222
Mobilitätsfaktor.....	60, 63

## N

Nebenbetriebe .....	55, <b>76</b> , 226, 247
Neonatologie .....	240
Neugeborenenzimmer .....	173, 240
Normalpflege .....	29f., 57, 127f., 137, 240, 246
Normalstation.....	30, 41, 103, <b>127ff.</b> , 189, 202ff., 239, 240
Notarzt.....	68f., 247
Notarztwagen .....	68f., 226
Notfallambulanz.....	38, 63, 242
Nuklearmedizin .....	179, 232, 236, 241, 252

## O

OP-Bereich.....	41f., 53, 107, <b>156ff.</b> , 173, 189, 228, 239, 240
Operationssaal .....	41, 156, 160ff., 240, 245
Operative Tumorthherapie .....	207
Ophthalmologie.....	241
OP-Roboter .....	157, 240
Organspender .....	191ff.

**P**

Pädiatrie .....	71, 246
Pathologie.....	167, 183, 241, 245
Pathophysiologie.....	241
Patientenbetreuung .....	228, 244, 248
Patientennummer.....	202
Personalgestellung.....	73
Personalkostenverrechnung.....	20, 29, <b>34ff.</b> , 86, 92f., 222
Pflegedienst.....	34, 53, 84, 86, 132, 139, 146, 181, 189, 206, 230f., 235
-leitung .....	228, 243, 248
Pflegepersonalregelung (PPR) .....	87, <b>132ff.</b> , 177, 203ff., 239
Pflegetag.....	41, 122f., <b>129ff.</b> , 196, 204f., 211f.
Phlebologie.....	241
Phoniatrie .....	241
Photopherese .....	147
Physikalische Therapie.....	121, 242, 245
Plasmapherese .....	147
Plastische Chirurgie.....	<b>215</b> , 246
Poliklinik.....	242
Positronen-Emissions-Tomographie (PET).....	179, 241, 244
Praxis	
-anleiter .....	78
-anleitung.....	78
Proktologie .....	241
Psychiatrie.....	14, 57, <b>64f.</b> , 136, 246
Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV).....	14, 17, 64
Psychosomatik.....	14, <b>64f.</b>
Psychotherapeutische Medizin .....	14, 64

**Q**

Qualitätsmanagement .....	228, 248
Qualitätssicherung.....	228

**R**

Radiologie .....	29, 103, 117, <b>178ff.</b> , 189, 215, 241, 246
Raumbuch .....	76
Rechenzentrum.....	233, 238
Rehabilitationseinrichtungen .....	61
Reinigungsdienst.....	71, 204, 249
Reinigungsdienste	
zentrale -.....	229, 244
Rettungsstelle .....	179, 242
Rhythmologie.....	242
Röntgenkatheter .....	32, 106
Rückstellungen.....	45, <b>47f.</b> , 223
Rüstzeit .....	159ff., 169ff., 239

## S

Schlaflabor .....	127, 203, 240
Schmerzambulanz .....	242
Schnitt-Naht-Zeit.....	159ff.
Schockraum.....	240
Sehschule .....	242
Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT).....	179, 241, 244
Skonto .....	49
Sonographie .....	179, 232, 236, 241
Sozialdienst .....	228, 244
Speisenversorgung .....	74f., 204, 229, 244
Spezialbett.....	117
Sprachtherapie.....	242
Sprechstunde	
Kinderchirurgische .....	242
Schrittmacher- .....	242
Tumor-.....	242
Springer.....	38
Stammzell	
-gewinnung.....	201
-transfusion.....	116, 125, 184, 199ff., 239
-transplantation.....	193, 194, 241
Sterilisation .....	228
Zentral- .....	53, 55, 228, 244, 248
Steuern .....	50, 233, 238
Stomatherapie.....	242
Strahlenschutz .....	228, 248
Strahlentherapie.....	179, 241, 244
Stroke Unit .....	137, 240, 247
Strukturierte Behandlungsprogramme.....	15, 61
Studienpatienten.....	15
Stundenfälle .....	135, 143
Summen- und Saldenliste.....	24ff., 96f., 222ff.
Szintigraphie .....	179, 241, 244

## T

Teilnahmeerklärung .....	217
Thrombozytenkonzentrate.....	113, 250
patientenbezogene - .....	113, 250
Transfusionseinheit .....	117, 187, 253
Transplantate .....	32, 84f., 86, 106, 116, 138, 183f., 189, 200f., 230ff., 235, 252
-empfänger .....	193
Transportdienst.....	71, 72
Transporte	
innerbetriebliche - .....	229, 244, 249
TUR Eingriffsraum .....	240



**U**

Überlieger.....	19, 217
Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche .....	103, 179ff., 189, 241
Untersuchungen in fremden Instituten .....	29, 65, 117, <b>215f.</b> , 232, 236
Urodynamik .....	179, 241

**V**

Verdichtung.....	85, 88f., 97ff., 188, 225
Verlegungen .....	
interne - .....	65
Vermietung.....	76f., 226
Verpachtung .....	76f., 226
Verrechnungsschlüssel .....	6, 8, 10, 28, 33, 37, 89, 92ff., 203, 222, 224, 248f.
Versicherungen .....	50, 233, 238
Versorgung mit Energie, Wasser, Brennstoffen .....	71, 204, 244
Versorgungseinrichtungen .....	28, 55, 244
Verwaltung.....	28, 53, 229, 243, 249
Verwaltungsleitung .....	229
Vollkostenansatz .....	5
Vollzeitkraft .....	41f., 70, 73, 92f.

**W**

Wahlleistungen.....	14, 227
Warteliste .....	193
Wartelistenführung .....	192
Wäscherei .....	91, 95, 233, 238, 249
Wäscheversorgung .....	204, 229, 244
Weiterbildung .....	234, 238
Werkstatt .....	229, 243, 249
orthopädische - .....	228
Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter.....	49, 233, 238
Wirkstoffmenge.....	113, 207
Wirtschaftsbedarf .....	232, 237

**Z**

Zellapherese .....	147
Zentrale Dienstleistungen.....	49, 226, 233, 238
Zentrallabor .....	183, 241
Zentral-OP.....	55, 240
Zinsen.....	50, 233, 238