



Standards für das Controlling in der Gesundheitswirtschaft

DVKC Controlling-Standard 200 (DVKC-CS200)

Mehrstufige Bereichsergebnisrechnung
(MBE)
- Anhang -

Inhalt

	Seite
Allgemeine Hinweise	3
BES 1	3
BES 2	6
BES 3	11
BES 4	17
BES 5	19
BES 6	20
BES 7	25
Anlage 1: Musterkostenstellenplan	26

Allgemeine Hinweise

Verwendung der angegebenen Bezugsgrößen für die Leistungsverrechnung bzw. für die Vornahme von Umlagen:

- Im Anhang sind für die BES an einigen Stellen Bezugsgrößen für die Durchführungen der Leistungsverrechnung bzw. für die Vornahme von Umlagen angegeben. Diese stellen seitens des DVKC eine Empfehlung dar.
- Die Verwendung anderer, aus Sicht des Anwenders für die eigene Einrichtung plausiblerer Bezugsgrößen steht einer Zertifizierung nicht im Wege, sofern der Anwender darlegen kann, dass bei Anwendung seiner Bezugsgröße die Inanspruchnahme von Ressourcen besser abgebildet wird.

BES 1

1) Abgrenzung Minderung der Personalkosten (1.2.3) versus Erlöse aus Leistungsverrechnung

Um zu entscheiden, ob es sich bei einem Sachverhalt um eine Personalkostenerstattung oder um die Verrechnung von Leistungen des Personals handelt, wird als Zuordnungskriterium die Frage verwendet, ob ein Mitarbeiter Leistungen erbringt. Wenn keine Leistung erbracht wird, handelt es sich um eine Reduktion der Kosten. Wird dagegen eine Leistung erbracht, handelt es sich um Erlöse.

- Personalkostenerstattungen, die den Headcount bzw. die Vollzeitäquivalente reduzieren, werden bei den Personalkosten abgezogen (d.h. sog. Netto-Ausweis), da der Mitarbeiter keine Leistungen erbringt.
Beispiel: Mutterschutz, Elternzeit
- Alles andere wird als Personalverleihung interpretiert, die über eine Leistungsverrechnung zu Erlösen führt und von daher bei den Erlösen ausgewiesen (d.h. sog. Brutto-Ausweis) wird, d.h. hier werden vom Mitarbeiter Leistungen erbracht.
Beispiel: Notarzt/Rettungsdienst-Gestellung

Hinweis: Sämtliche Personalkostenerstattungen (Konto 472) fließen in die Zeile 1.2.3 der Excel-Tabelle.

2) Abgrenzung Fremdpersonal (1.2.2) zu Dienstleistungen (bezogene Leistungen)

Die Unterscheidung, ob Fremdpersonal oder eine Dienstleistung vorliegt, kann anhand der Kriterien „organisatorische Eingliederung“ sowie „Arbeits- vs. Komplexleistung“ erfolgen.

Demnach ist Fremdpersonal Personal, welches sich in den organisatorischen Ablauf einer Einheit einordnet und in der Regel keine eigenen Arbeitsmittel beisteuert. Es liegt kein geplanter Patientenbezug vor (i.S.v. "Man weiß nicht, wen man sieht.").

Beispiel 1: ärztliches oder pflegerisches Personal, das von einer Leiharbeitsfirma oder über einen internen Personalpool bezogen wird, um eine Schicht zu besetzen. Dabei ist im Vorfeld nicht absehbar, welche Patienten und Patientinnen von diesem Personal betreut werden, da die Eingliederung in den Stations- bzw. Fachabteilungsablauf im Vordergrund steht. Dies gilt auch für Ärzte und Ärztinnen, die z. B. zur Besetzung des Notarztwagens über Personalvermittlungsplattformen wie die Notarztbörse o.ä. beauftragt werden.

Beispiel 2: im nicht-medizinischen Bereich stellen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen z. B. im Verwaltungs-, Reinigungs- oder technischen Dienst Fremdpersonal dar, sofern sie Aufgaben in einem vom Krankenhaus selbst betriebenen Bereich übernehmen und sich nur durch die Einbringung der Arbeitsleistung (also ohne eigenes Arbeitsmaterial) in den Organisationsablauf eingliedern.

Dienstleistungen liegen dagegen vor, wenn die Externen nicht in die Abläufe einer organisatorischen Einheit eingebunden werden. Ein Beispiel hierfür ist das Konsiliarpersonal. Hierbei handelt es sich um Personal, das aufgrund seiner besonderen Expertise von Extern hinzugezogen wird, um bei einzelnen Patienten/Patientinnen tätig zu werden. (i.S.v. "Man weiß, wen man sieht.")

Beispiel 1: Augenärzte und Augenärztinnen, die von extern zur Erbringung eines Konsils bei Patientin A und Patient B angefordert werden und für jede Leistung eine separate Rechnung erstellen, gelten als externe Dienstleistung (vgl. auch Kalkulationshandbuch Sozialmedizin V 4.0, S. 226). Auch bei einer pauschalen Vergütung (z. B. werden alle U-Untersuchungen durch Pädiater und Pädiaterinnen in der Geburtshilfe pauschal vergütet, unabhängig von der tatsächlichen Anzahl bzw. des Leistungsumfangs), liegt eine Dienstleistung vor, da sich die Pädiater und Pädiaterinnen i.d.R. nicht in den Arbeitsablauf der Fachabteilung „Geburtshilfe“ integrieren und zudem das für die Untersuchungen benötigte Material selber mitbringen.

Beispiel 2: wird der Reinigungsdienst durch eine externe Firma erbracht, gilt dies als Dienstleistung, da die Firma die ihr übertragenen Aufgaben in eigener Organisation und meistens unter Nutzung eigener Geräte und Verbrauchsmittel erbringt. Wird die Dienstleistung durch externes Personal, aber mit Ressourcen des Dienstleistungsnehmers erstellt (z. B. übernimmt eine Firma die Buchhaltung, jedoch wird im System des Krankenhauses gebucht), so sollte v.a. die Frage der organisatorischen Eingliederung über die Zuordnung

zu Fremdpersonal oder Dienstleistungen entscheiden. Im Beispiel der externen Buchhaltung läge - trotz der Nutzung der Krankenhausressourcen - dem Charakter nach eine Dienstleistung vor, wenn die Buchhaltung incl. der Leitung selbständig organisiert ist.

BES 2 Diagnostische und therapeutische Leistungen
1. Medizinische Definition der in der BES 2 enthaltenen Leistungsarten

Leistungsbezeichnung	Definition
Klinische Chemie	Untersuchung von physiologischen und biochemischen Vorgängen im Körper, welche anhand von chemischen Kenngrößen bzw. chemischen Vorgängen bestimmt werden.
Immunologie	Untersuchung von biologischen und biochemischen körperlichen Abwehrmechanismen und deren Fehlfunktionen von Krankheitserregern wie Bakterien, Viren und Pilzen sowie Toxinen und Umweltgiften.
Hämatologie	Untersuchung des Blutes und der blutbildenden Organe auf Krankheiten.
Hämostaseologie	Untersuchung der Funktionsfähigkeit und Störung der Blutgerinnung.
Mikrobiologie	Untersuchung des Effekts von Mikroorganismen auf den menschlichen Körper und seiner Gesundheit.
Infektionsserologie	Untersuchung von Antikörpern gegen Krankheitserreger.
Transfusionsmedizin	Gewinnung von Blutkonserven und -präparaten.
Humangenetik	Untersuchung von vererbaren körperlichen und geistig-psychischen Merkmale des Menschen.
Parasitologie	Untersuchung von den pflanzlichen und tierischen Parasiten und deren Wechselwirkung mit ihrem Wirt.
Toxikologie	Untersuchung von Vergiftungen durch chemische Substanzen und deren Behandlung.
Pathologie	Untersuchung von organisch-anatomischen Veränderungen durch Krankheiten.

Leistungsbezeichnung	Definition
Bildgebende Diagnostik	Zur Leistung bildgebender Diagnostik und Therapie zählt sowohl das Leistungsspektrum der konventionellen Radiologie als auch der der Nuklearmedizin.
Ultraschall	Untersuchungsverfahren zur Darstellung verschiedener Körperregionen und Organe mit Hilfe von Ultraschallwellen.
Konventionelles Röntgen	Untersuchungsverfahren, die insbesondere bei Knochen-, Lungen-, Brust- und Herzuntersuchungen eingesetzt werden. Mit Röntgenstrahlen werden Bilder oder Durchsichten durch Absorption der Röntgenstrahlen vom Körperinneren erzeugt. Gegebenenfalls kann neben dem Bucky-Arbeitsplatz hier auch die Durchleuchtung bzw. Fluoroskopie ausgewiesen werden.
Mammographie	Röntgen-Untersuchungsverfahren der Brust zur Diagnostik von Brustkrebs.
Fluoroskopie	„Echtzeit-Untersuchung“ eines Patienten, indem Röntgenstrahlen auf einem fluoreszierenden Schirm dargestellt werden. Organe werden mittels Kontrastmittel sichtbar gemacht.
Angiographie	Untersuchungsverfahren zur röntgenologischen Darstellung von Blutgefäßen mithilfe injizierter Kontrastmittel.
Computertomographie (CT)	Röntgen-Untersuchungsverfahren, bei der der menschliche Körper in Querschnittbildern (Schnittbildverfahren) dargestellt wird.
Magnetresonanztomographie (MRT)	Untersuchungsverfahren zur Darstellung von insbesondere Weichteilgewebe wie Gehirn und innere Organe, indem mit Hilfe von Magnetfeldern und Radiowellen Schnittbilder des Körpers erzeugt werden.
Nuklearmedizin	Untersuchungsverfahren zur Funktions- und Lokalisationsdiagnostik, vorwiegend zur Abbildung der Funktion von Organen oder Organsystemen unter Verwendung von Radiopharmaka.

Leistungsbezeichnung	Definition
Positronen-Emissions-Tomographie (PET)	Untersuchungsverfahren der Nuklearmedizin, welches fast ausschließlich zusammen mit einem CT oder MRT als Hybridverfahren durchgeführt wird. Das PET ist ein Schnittbildverfahren zur Darstellung von Stoffwechselfvorgängen im Körper mit Hilfe verschiedener radioaktiver Stoffe (Tracer).
Positronen-Emissions-Tomographie/Computertomographie (PET-CT)	Die Kombination aus der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und der Computertomographie (CT) erlaubt die gleichzeitige Darstellung der Stoffwechselaktivität des untersuchten Gewebes mit einer genaueren anatomischen Zuordnung des Befundes.
Coronarangiographie	Röntgen-Untersuchungsverfahren, das mit Kontrastmitteln und einem Linksherzkatheter den Innenraum (Lumen) der Herzkranzgefäße sichtbar macht.
Kreislauffunktionsdiagnostik	Zur Funktionsdiagnostik gehören nicht-invasive vorwiegend internistisch geprägte Basisuntersuchungen. Beispielhaft handelt es sich dabei um die Erstellung von: Elektrokardiogrammen, die Erstellung von Langzeit-EKGs, Langzeit- Blutdruckmessungen sowie Kipptisch-Untersuchungen.
Lungenfunktionsdiagnostik	Zur Lungenfunktionsdiagnostik gehören nicht-invasive vorwiegend internistisch geprägte Basisuntersuchungen der Atmungsorgane. Beispielhaft handelt es sich dabei um die Spiro-Ergometrie oder die Bodyplethysmographie.
Elektroenzephalographie (EEG)	Untersuchung der Hirnströme, indem elektrische Impulse gemessen werden.
Endoskopische Diagnostik und Therapie	
Urologische Diagnostik und Therapie	Zur urologischen Diagnostik und Therapie gehören z. B. Blasendruckmessungen, Uretrografien, Ureterorenoskopie, Prostatastanzen oder Schwellkörperinjektionsmessungen. Lithotripter, Nieren- u. Harnsteinzertrümmerung (ESWL)

Leistungsbezeichnung	Definition
Dialyse	Verfahren, welche die Nieren- oder Leberfunktionen ergänzen oder ersetzen. <ol style="list-style-type: none"> 1. Bauchfelldialyse und verwandte Verfahren 2. Intermittierende Dialysen (Hämofiltration, Hämodialyse, Hämodiafiltration) 3. Kontinuierliche Nieren-/Leberersatztherapie (i.d.R. auf Intensiv)
Konsile	Diagnostisches Instrument bei dem durch Beratung durch Ärzte anderer Disziplinen ein interdisziplinäres Gesamturteil erzielt werden soll.
Wundmanagement	Interdisziplinäre Versorgung von Wunden. Bestandteile des Wundmanagements sind die Wundanamnese, Wundinspektion/Wundbeurteilung, Wundbehandlung/ Wundtherapie, Schmerztherapie und Wunddokumentation
Schmerztherapie	Schmerztherapie umfasst interdisziplinäre therapeutische Maßnahmen, die auf die Reduktion bzw. Beseitigung akuter oder chronischer Schmerzen gerichtet sind.
Psychoonkologie	Interdisziplinäre psychotherapeutische Betreuung von Krebspatienten, die psychische, soziale und sozialrechtliche Themen ihrer Krebserkrankung umfasst.
Palliativbehandlung	Medizinische Behandlung mit dem Ziel die Lebensqualität von nicht mehr heilbaren Patienten zu verbessern, indem Krankheitssymptome gelindert werden.
Chirurgie (Konsil)	Der Chirurg wird in der Regel für die Entscheidung Operation oder konservative Therapie zugezogen, unter Verwendung der bereits vorliegenden Befunde.
HNO (Konsil)	In der Regel werden die HNO-Ärzte zur Abklärung von HNO-typischen Krankheitsbildern herangezogen sowie zur Entscheidung, ob eine Operation erforderlich ist oder konservativ behandelt wird. Dies umfasst u.a. Tracheotomien, Lymphknoten-Diagnostik, HNO-screening in der Kinderheilkunde etc.

Leistungsbezeichnung	Definition
GYN / GEB (Konsil)	In der Regel werden Ärzte der Gynäkologie und Geburtshilfliche zu gynäkologischen und geburtshilflichen Krankheitsbildern, z. B. Patientin hat Unterbauchschmerzen, Blutungsstörungen, Beratung Schwangere, Kinderkonsile (z. B. Juckreiz) herangezogen. Konsil dient der Abklärung ob eine Operation oder konservative Therapie erforderlich ist.
Urologie (Konsil)	Der Urologe wird zu Fragestellungen zu urologischen Krankheitsbildern herangezogen, z. B. Patient hat Probleme bei Wasser lassen, Abklärung ob Patient z. B. transplantationsfähig ist. Zudem dient das Konsil der Abklärung, ob das Problem operativ oder konservativ behandelt wird.
Psychiatrie (Konsil)	Die Konsilpsychiatrie ist die diagnostische und therapeutische Beratung anderer nicht-psychiatrischer medizinischer Disziplinen in psychiatrischer und psychotherapeutischer Hinsicht. Sie umfassen das gesamte Spektrum psychischer Störungen.
Physiotherapie	Zum Bereich Physiotherapie gehören Leistungen aus der Krankengymnastik sowie Bäder/Massagen.

2. Ermittlung des Punktzahlvolumens

Das Punktzahlvolumen ergibt sich aus der Multiplikation der Menge mit der Punktzahl pro Leistung. Hierfür sind folgende Schritte erforderlich:

Schritt 1: Erfassung der erbrachten Mengen

Schritt 2: Ermittlung der Punktzahl pro Leistung (Gewichtung bzw. Äquivalenzziffer)

Für die Bestimmung der Punktzahl wird folgende Basis empfohlen:

GOÄ/DKG-NT/EBM/Hauskatalog (dies schließt die Möglichkeit der Zeiterfassung mit ein)

3. Preisermittlung (Kostensatz/Punktwert)

Für die Ermittlung der Verrechnungspreise gilt die im Standard in Ziffer 43 festgelegte Hierarchie.

BES 3 Sonstige patienten- und /oder fachabteilungsbezogene Leistungen

Leistungsbezeichnung	Definition	Ermittlung der Mengenkompone- nente für ILV
Speisenversorgung	<p>Die Leistung Speisenversorgung umfasst die Versorgung eines Patienten mit Frühstück, Mittagessen und Abendbrot in tablettierter Form, exkl. Zwischenmahlzeiten, exkl. Getränke, exkl. Wahlleistung, Einwaage somatisch/chirurgisch, 3 Menülinien pro Tag x 7 Tag pro Woche, einfache Versorgung, exkl. Diäten, exkl. vegane Kost, exkl. Bio-zertifizierte Lebensmittel</p> <p>Gewichtung:</p> <p>a) Gewichtung innerhalb eines BKT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frühstück somatisch/chirurgisch 0,28 ▪ Mittagessen somatisch/chirurgisch 0,40 ▪ Abendessen somatisch/chirurgisch 0,32 <p>b) Gewichtung der BKT zwischen Kliniken</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BKT somatisch/chirurgisch 0,9 ▪ BKT Psychiatrie 1,2 ▪ BKT Wahlleistung 1,4 	Nach Frühstück, Mittagessen und Abendessen gewichtete Beköstigungstage (BKT)

Leistungsbezeichnung	Definition	Ermittlung der Mengenkompone- nente für ILV
Sterilgutversorgung	<p>Die Leistung Sterilgutversorgung umfasst eine den einschlägigen Normen (Leitlinien DGSV, DGKH, AKI, RKI, BfarM, DIN-Normen, MPG, MPBetreibV.) konforme und zertifizierte Vorreinigung, Demontage, Dekontamination, Kontrolle, Pflege, Funktionssprüfung, Verpackung, Kennzeichnung, Dampfsterilisation, dokumentierte Freigabe, Lagerung, Bereitstellung (in der Auslieferung der AEMP) von Medizinprodukten in Form von Containern, die gemäß Herstellervorgaben unmittelbar nach der Nutzung durch die Anwender vorgereinigt wurden. Ebenso umfasst die Leistung Sterilgutversorgung die Vorhaltung einer Nachlegereserve, so dass die OP-Siebe zu mehr als 98% sicher vollständig ausgegeben werden können. Besondere Sterilisationsverfahren, z.B. Plasmasterilisation, besondere Bereitstellungsformen z.B. Fallwagen und der Transport der aufbereiteten Medizinprodukte von der Auslieferung der Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP gleich Sterilgut) bis zum Ort der Verwendung sind nicht Bestandteil der Leistung.</p>	<p>Priorität 1: nach Produktionsaufwand gewichtete Sterilguteinheiten empfohlen.</p> <p>Priorität 2: nach Sterilguteinheiten (Container 30x30x60 cm)</p>
Wäscheversorgung - Flachwäsche	<p>Die Leistung Wäscheversorgung Flachwäsche umfasst die Reinigung gem. Vorschriften RKI eines nicht kontaminierten (nicht infektiös, nicht hochinfektiös, nicht infektionsverdächtig) Bettdeckenbezuges inkl. Abholung der vorschriftsmäßig getrennt nach Infektionsgrad verpackten Wäsche an der Ladekante des Krankenhauses, Transport vom Krankenhaus und zum Krankenhaus, Anlieferung 2x pro Woche, Transportverpackung der Wäsche. Nicht Bestandteil der Leistung sind Reparatur oder Ersatz der Wäsche bei Verschleiß, nicht Bestandteil der Leistung ist der Transport inhäusig von der Ladekante an die Verbrauchsstelle</p>	<p>Priorität 1: Gewicht nach Kilogramm trockener Wäsche</p> <p>Priorität 2: Anzahl der einzelnen Wäschestücke</p>

Leistungsbezeichnung	Definition	Ermittlung der Mengenkompone- nente für ILV
Krankentransport - standortübergreifend	<p>Die Leistung Krankentransport umfasst die Beförderung von Erkrankten, Verletzten oder sonstigen hilfsbedürftigen Personen, die keine Notfallpatienten sind, und die fachgerechte Betreuung in einem Krankenkraftwagen durch dafür qualifiziertes Personal benötigen.</p> <p>Für die Gewichtung sind folgende Faktoren bzw. Einflussgrößen relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entfernung zum Zielort (in km) - Zeitumfang des Transports (in Min.) - Ärztliche Begleitung (Ja/Nein) - Nutzung Medizingeräte (Ja/Nein) - Beförderungsmittel (Kfz, Helikopter) 	Anzahl Transporte
Patiententransport - hausintern	<p>Die Leistung Patiententransport umfasst aus gesundheitlichen Gründen notwendige Personenbeförderungen. Im Gegensatz zum Krankentransport bedürfen dabei die Erkrankten, Verletzten oder sonstigen hilfsbedürftigen Personen weder einer medizinischen Betreuung noch der medizinischen Ausstattung eines Krankenkraftwagens.</p> <p>Für die Gewichtung sind folgende Faktoren bzw. Einflussgrößen relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entfernung zum Zielort (in km) - Zeitumfang des Transports (in Min.) - Beförderungsmittel (Kfz, Rollstuhl, mit oder ohne Bett) 	Anzahl Transporte
Sozialdienst, Patientenbetreuung	<p>Die Leistung umfasst</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sozialrechtliche Unterstützung und Beratung (Anträge Pflegeversicherung etc.) ▪ Koordination und Steuerung des Behandlungsprozesses von der Aufnahme von Patienten bis zur Zuweisung in weiterbehandelnde Einrichtungen inkl. Entlassmanagement. 	Tatsächlicher Aufwand (in Std.) gem. Leistungserfassung

Leistungsbezeichnung	Definition	Ermittlung der Mengenkompone- nente für ILV
Wäscheversorgung - Berufswäsche	Die Leistung Wäscheversorgung - Berufswäsche umfasst die zur-Verfügung-Stellung gereinigter, personenbezogener Berufskleidung. Sowohl die Kosten der automatischen Ausgabe (Ausgabeautomat mit Chip o.ä.) als auch die Kosten der manuellen Ausgabe sind dieser Position zuzurechnen. Nicht personenbezogene Berufskleidung, die nur nach Größen sortiert in Bereichen wie dem OP, Kreißaal oder der Intensivpflege zur Verfügung gestellt werden, sind diesen Bereichen direkt zuzurechnen. nicht Bestandteil der Leistung ist der Transport in-häusig von der Ladekante an die Verbrauchsstelle.	Für personenbezogene Schutzkleidung: Anzahl der Mitarbeiter (i.d.R. weiße Berufsgruppen, Technik, ggf. Personal der Pforte/Aufnahme etc.). Für nicht personenbezogene Schutzkleidung: Priorität 1: Gewicht nach Kilogramm trockener Wäsche Priorität 2: Anzahl der einzelnen Wäschestücke
Praxisanleitung	Aufgabe der Praxisanleitung ist es, die Auszubildenden im Pflegeberuf schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heranzuführen und die Verbindung mit der Schule zu gewährleisten. Das Aufgabenspektrum der Praxisanleitung kann folgende Bereiche umfassen: Mitwirkung beim Ausbildungsplan der Pflege- bzw. Berufsfachschule, Betreuung und Anleitung der Auszubildenden am Einsatzort im Krankenhaus, Mitwirkung bei Examen.	Anzahl Auszubildende
IT-Anwendersupport	Technische Unterstützung bei IT-bezogenen Anwenderfragen bzw. technischen Störungen bei Software und Hardware.	Anzahl der Tickets, alternativ: Anzahl der IT-Arbeitsplätze

Leistungsbezeichnung	Definition	Ermittlung der Mengenkompone- nente für ILV
Patientenverwaltung/-abrechnung	<p>Die Leistung „Patientenverwaltung/-abrechnung“ umfasst die drei Teilleistungen administrative Aufnahme, das Meldewesen und die Leistungsabrechnung für vollstationäre Patienten.</p> <p>Nicht enthalten ist die Abrechnung von Wahlleistungen, ebenso sind keine standesamtlichen Meldungen wie Geburt oder Todesfall enthalten.</p> <p>Kostenträger gesetzliche Krankenversicherung. Die Teilleistung Administrative Aufnahme umfasst die Erfassung aller relevanten Daten (Stammdaten des Patienten, Kostenträger, Zuweiserdaten, Angaben zu Angehörigen, Notfallinformationen), Ausfertigung der Verträge (Behandlungsvertrag, Datenschutzerklärung, etc.), Aushändigung relevanter Unterlagen (Patientenarmband, Speisekarte, Hausbroschüre, Kopien der Verträge).</p> <p>Die Teilleistung Meldewesen umfasst das Meldewesen gemäß §301 sowie das Meldewesen für Geburten, Todesfälle etc.</p> <p>Die Teilleistung Abrechnung umfasst das Sicherstellen der Kostenübernahme sowie das Erstellen und Übermitteln der Rechnung für stationäre Patienten an den jeweiligen Kostenträger inkl. des Mahnwesens und der Abrechnung der Zuzahlung.</p> <p>Die Erfassung der medizinischen und sonstigen Daten als Grundlage zur Ermittlung einer abrechnungsfähigen DRG ist nicht Bestandteil der Teilleistung Abrechnung</p>	Anzahl der tatsächlich entlassenen oder verlegten Fälle vor Fallzusammenführung oder MDK-Kürzungen
Zentraler Schreibdienst	Die Leistung "Zentraler Schreibdienst/Dokumentation (med.)" umfasst insbesondere die Fertigung von Befunden und Arztbriefen nach Diktat.	<p>Auf Basis der Anzahl der Zeichen, alternativ auf Basis der Anzahl der Wörter</p> <p>Eine Verrechnung nach Anzahl der Seiten oder der Dokumente ist ebenfalls zulässig.</p>

Leistungsbezeichnung	Definition	Ermittlung der Mengenkompone- nente für ILV
Medizincontrolling	<p>In der BES 3 werden die abrechnungsbezogenen Leistungen des Medizincontrollings verrechnet. Darunter fallen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leistungen, die die Abrechnungsvorbereitung (Kodierung) betreffen, • Leistungen, die im Rahmen der Bearbeitung von Streitfällen, die die Abrechnungen betreffen (MD und MBEG) erbracht werden oder • sonstige Leistungen die im Zusammenhang mit der Abrechnung der medizinischen Leistungen stehen. <p>Alle restlichen Leistungen des Medizincontrollings werden in der BES 6 verrechnet</p>	Anzahl der kodierten Behandlungs- bzw. Prüffälle
Medizinische Bibliothek	<p>Die Leistung "Medizinische Bibliothek" umfasst sämtlich Arten der Bereitstellung und Rücknahme von Literatur und weitere individuelle Serviceleistungen wie Scanservice, Recherchierkurse, Kurse und Beratung zum Einsatz von Literaturverwaltungsprogrammen. Die Anschaffungskosten für Medien sind nur Bestandteil der Leistung, wenn diese nicht eindeutig einer oder mehreren Bereichen zuzuordnen sind.</p>	<p>Anzahl der Medienbereitstellungen/Serviceleistungen, alternativ: Anzahl der Ärzte</p>

BES 4 Nutzung Infrastruktur

4.1 Grundsätzliche Festlegung zum Inhalt der BES 4

Die BES 4 beinhaltet die Kosten der Infrastruktur, d.h. hier werden alle Kosten ausgewiesen, die einer "erweiterten Warmmiete" zuzurechnen sind.

4.2 Verrechnung der Gebäudekosten (incl. Kosten der Energieversorgung)

Da die Räume in Krankenhäusern auf sehr unterschiedliche Art und Weise genutzt werden, ist eine Verrechnung der Gebäudekosten, die sich ausschließlich an der Anzahl der vom jeweiligen Bereich genutzten Quadratmeter orientiert, betriebswirtschaftlich nicht sinnvoll. Aus diesem Grund empfiehlt der DVKC bei der innerbetrieblichen Verrechnung der Raumkosten bei den Flächen (Mengenkomponente) nicht die tatsächlichen Quadratmeter zugrunde zu legen, sondern die Quadratmeter mithilfe von Äquivalenzziffern zu gewichten.

Bei einer Gewichtung mit Äquivalenzziffern (sog. Äquivalenzziffernrechnung) ist wie folgt vorzugehen:

- 1) Erstellung eines Raumbuches
Das Raumbuch enthält die Raumnummer, die Nettogrundrissfläche (in Quadratmetern), den Nutzer incl. dessen Kostenstelle.
- 2) Ergänzung des Raumbuches um Kategorie und Äquivalenzgewicht
Das Raumbuch wird um die Raumkategorie und ein Äquivalenzgewicht für die jeweilige Nutzungskategorie aus der u.a. Tabelle ergänzt.

Hinweis: Der DVKC verfügt über keine eigenen Studien bezüglich Äquivalenzgewichten. Öffentlich zugänglich ist hierfür beispielsweise die Untersuchung von Jochen Abel (Abel, Jochen: Ein produktionsorientiertes Verrechnungssystem für Leistungen des Facility Managements im Krankenhaus, Universitätsverlag Karlsruhe, 2007)

- 3) Ermittlung der gewichteten Quadratmeter pro Raum
Für jeden Raum werden die gewichteten Quadratmeter ermittelt, in dem man die tatsächliche Fläche des Raumes (gemäß Raumbuch aus Punkt 1) mit dem für die Kategorie vorgesehenen Gewichtungsfaktor (Äquivalenzgewicht) (aus Punkt 2) multipliziert.
- 4) Ermittlung der gesamten gewichteten Quadratmeter für das Gebäude
Diese erhält man, die gewichteten Quadratmeter (aus Punkt 3) aufsummiert.
- 5) Ermittlung des Verrechnungspreises für einen gewichteten Quadratmeter
Der Verrechnungspreis wird ermittelt, in dem man die gesamten Kosten des Gebäudes

(bewertet zu Marktpreisen) durch die Summe der gewichteten Quadratmeter für das Gebäude (wie in Punkt 4) ermittelt) dividiert.

6) Ermittlung der Kosten pro Raum

Die Kosten pro Raum werden ermittelt, in dem man die gewichteten Quadratmeter pro Raum (aus Punkt 3) mit dem Verrechnungspreis für einen gewichteten Quadratmeter (aus Punkt 5) multipliziert.

Für die Ermittlung der Verrechnungspreise gilt die im Standard in Ziffer 43 festgelegte Hierarchie.

4.3 IT (ohne Anwendersupport)

Die Kosten werden an die Bereiche über die Anzahl der Endgeräte (incl. mobiler Endgeräte) verrechnet.

BES 5 Fördermittel, Zuschüsse, Spenden

Generelle Festlegungen

Für die Konten, die in das BES 5 eingesteuert werden, gilt folgendes:

- Erträge, die einer Kostenstelle (Abteilung, Bereich) direkt zurechenbar sind, werden dieser zugeordnet.
- Erträge, die einer Kostenstelle (Abteilung, Bereich) nicht direkt zugeordnet werden können, werden auf Basis der externen Erlöse aus Krankenhausleistungen auf die Bereiche verteilt.

Spezielle Regelungen

- Förderung durch die Kostenübernahme einer Stelle
Kosten für eine Stelle, die von einem Dritten finanziert werden und die es ohne die Förderung nicht geben würde (z.B. Finanzierung einer Erzieherin für eine Kinderstation), werden in der BES 1 unter 1.1.8 "Erträge aus Drittmitteln (Studien etc.)" ausgewiesen.

BES 6 Gemeinkosten

Leistungsbezeichnung	Definition	Basis für Umlageschlüssel
Geschäftsführung	Unter Geschäftsführung ist der Personenkreis zu verstehen, welcher mit der Leitung des Krankenhauses betraut ist und nach außen die Gesellschaft vertritt.	Vollzeit-äquivalente
Controlling	<p>Controlling lässt sich differenzieren in betriebswirtschaftliches bzw. kaufmännisches Controlling und Medizincontrolling. Gemäß der vom InEK empfohlenen Kostenstellengliederung wird das betriebswirtschaftliche Controlling der KSt.-Nr. 90104 und das Medizincontrolling der KSt.-Nr. 90105 zugeordnet. Das betriebswirtschaftliche Controlling beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Planung und Kontrolle von Kostenbudgets sowie mit Fragen der kostenoptimalen Leistungserbringung.</p> <p>Hier werden die nicht-abrechnungsbezogenen Leistungen des Medizincontrollings verrechnet.</p>	Fallzahlen, alternativ Vollzeit-äquivalente
Finanzbuchhaltung	Die Finanzbuchhaltung repräsentiert weitgehend das externe Rechnungswesen. Hier werden die zwischen dem Krankenhaus und der Umwelt fließenden Real- und Nominalgüterströme sowie der interne Güterverzehr und die Güterentstehung erfasst. Sie ist auf die Vergangenheit ausgerichtet und dokumentiert auf Bestands- und Erfolgskonten die Geschäftsvorfälle des Betriebes. Die Informationen für die externen Empfänger sichern die gesetzlichen Vorschriften (Handelsgesetz, Steuergesetze, Krankenhaus-Buchführungsverordnung und kommunalrechtliche Vorschriften), die eine einheitliche Rechnungslegung gewährleisten. Die Finanzbuchhaltung dient der Rechenschaftslegung, Information und Dokumentation.	Vollzeit-äquivalente

Leistungsbezeichnung	Definition	Basis für Umlageschlüssel
Personalabteilung	Die Personalabteilung widmet sich der Verwaltung des Personals. Hierzu gehören die Dokumentation und Überwachung von Personalangelegenheiten sowie die Personalbeschaffung, -entwicklung und deren Einsatz. Weiterer Aufgabenbereich ist die Entgeltabrechnung	
Ärztlicher Direktor	Der ärztliche Direktor ist Teil der Betriebsleitung. In seiner Funktion steht er vertretend für die leitenden Ärzte. Des Weiteren arbeitet er mit der Pflegedienstleitung und dem kaufmännischen Direktor zusammen. In kleineren Krankenhäusern ist es möglich, dass der ärztliche Direktor, neben der administrativen Tätigkeit in der Krankenhausleitung, weiterhin als Chefarzt in einer Fachabteilung eingestellt ist.	Vollzeit-äquivalente des Ärztlichen Dienstes
Hygiene	Hygiene soll der Verhütung von Krankheiten und der Erhaltung und Festigung der Gesundheit dienen. Die Krankenhaushygiene wird der Kostenstelle "zentraler Reinigungsdienst" (KSt.-Nr. 912 gemäß KHBV) zugeordnet.	Fallzahlen
Betriebsrat	Der Betriebsrat ist ein Vertretungsorgan der Belegschaft und zuständig für die Wahrung der Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte der Arbeitnehmer. Betriebsrat wird der Kostenstelle "Personaleinrichtungen" (KSt.-Nr. 904 gemäß KHBV) zugeordnet.	Köpfe
Pflegedirektion, -leitung	Die Pflegedienstleitung übernimmt in ambulanten oder stationären Einrichtungen die Pflegeverantwortung für die entsprechende Einrichtung. Sie stellt eine Schnittstelle zwischen Einrichtungsleitung, Mitarbeitern und externen Partnern dar. Die Pflegedienstleitung übernimmt organisatorische und verwaltende Aufgaben. Hierzu zählen beispielsweise Personalführung, Organisation der Arbeit, Dienst-einteilung, Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsstandards und Informationsverteilung.	Vollzeit-äquivalente Pflegedienst

Leistungsbezeichnung	Definition	Basis für Umlageschlüssel
Kaufmännische Direktion / Verwaltungsleitung	<p>Die kaufmännische Direktion ist Teil des Vorstands und verantwortlich für kaufmännische Angelegenheiten im Bereich des Rechnungs- und Finanzwesens. Außerdem liegen in diesem Zuständigkeitsbereich Personalwesen, Patientenmanagement, EDV-Abteilung, Küche, kaufmännisches und medizinisches Controlling, Qualitätsmanagement sowie die Haustechnik. Die kaufmännische Direktion ist personalrechtlich Vorgesetzter aller Mitarbeiter des gesamten Krankenhauses inklusive der Nebenbetriebe. Zu den Aufgaben der kaufmännischen Direktion gehören darüber hinaus die Versorgung der Patienten sicherzustellen, alle im Haus erbrachten Leistungen vollständig zu berechnen, die ordnungsgemäße Verwendung von öffentlichen Fördermitteln zu gewährleisten, die Wirtschaftspläne einzuhalten, das Verhältnis von Kosten und Erlösen zu optimieren, die Finanzmittel für Personal, Material, Apparate und Bauvorhaben zu sichern sowie die Funktionalität der gesamten Haustechnik zu gewährleisten.</p>	Vollzeit-äquivalente
Datenschutz	<p>Datenschutz beschreibt den Schutz des Einzelnen vor Beeinträchtigungen seines Rechtes auf informationelle Selbstbestimmung, kraft dessen jeder Bürger grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner personenbezogenen Daten bestimmen darf (BVerfGE 65, 1).</p>	Vollzeit-äquivalente

Leistungsbezeichnung	Definition	Basis für Umlageschlüssel
Fachkraft für Arbeitssicherheit	Die Fachkraft für Arbeitssicherheit muss sicherstellen, dass die Schutzeinrichtungen eines Krankenhauses dem Stand der Technik entsprechen und dass alle Mitarbeiter über mögliche Gefahren am Arbeitsplatz informiert sind. Außerdem muss die Fachkraft für Arbeitssicherheit umfassend informiert sein über Möglichkeiten und Inhalte der verschiedenen Fachgebiete rund um den Arbeitnehmerschutz. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit ist zuständig für Beratung und Unterstützung der Betriebsleiter bzw. der Führungskräfte in allen Fragen des Arbeitnehmerschutzes. Sie berät außerdem den Betriebsrat, die Sicherheitsvertrauensperson und den Arbeitnehmer und sorgt für eine Zusammenarbeit mit den Arbeitsmedizinern und -psychologen.	
Marketing	Der Grundgedanke des Marketings ist die konsequente Ausrichtung des gesamten Krankenhauses an den Bedürfnissen des Marktes. Darüber hinaus ist Marketing eine unternehmerische Aufgabe, zu deren wichtigsten Herausforderungen das Erkennen von Marktveränderungen und Bedürfnisverschiebungen gehört, um rechtzeitig Wettbewerbsvorteile aufzubauen.	Anzahl der Fachabteilungen
Qualitätsmanagement	Unter Qualitätsmanagement ist die systematische und kontinuierliche Durchführung von Aktivitäten zu verstehen, mit denen eine anhaltende Qualitätsförderung im Rahmen der Patientenversorgung erreicht werden soll. Qualitätsmanagement bedeutet konkret, dass Organisations-, Arbeits- und Behandlungsabläufe festgelegt und zusammen mit der Qualität der Behandlungsergebnisse regelmäßig intern überprüft werden. Gegebenenfalls werden dann Strukturen und Prozesse angepasst und verbessert. Gleichzeitig soll die Ausrichtung der Abläufe an fachlichen Standards, gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen in der jeweiligen Einrichtung unterstützt werden.	Fallzahlen, alternativ Vollzeitäquivalente

Leistungsbezeichnung	Definition	Basis für Umlageschlüssel
Organisationsentwicklung	Organisationsentwicklung ist eine Strategie des geplanten und systematischen Wandels, der durch die Beeinflussung der Organisationsstruktur, Unternehmenskultur und individuellem Verhalten zustande kommt, und zwar unter größtmöglicher Beteiligung der betroffenen Arbeitnehmer.	Anzahl der Fachabteilungen
Projektmanagement	Projektmanagement bezeichnet die Gesamtheit von Führungsaufgaben, -organisation, -techniken und -mitteln für die Initiierung, Definition, Planung, Steuerung und den Abschluss von Projekten.	Anzahl der Fachabteilungen
Drittmittelverwaltung	Drittmitteln sind finanzielle Mittel, die den Forschungseinrichtungen eines Krankenhauses zu Projektzwecken befristet bereitgestellt werden. Die Drittmittel können sowohl von privaten als auch von öffentlichen Geldgebern stammen. Die Verwaltung von solchen Mitteln unterliegt rechtlichen Bestimmungen und Anforderungen.	Anzahl der Fachabteilungen
Konzernumlagen und Aufsichtsgremien	Hier werden nur allgemeine Konzernumlagen ausgewiesen, d.h. Konzernumlagen, die keinen konkreten Leistungsbezug haben, so dass sie nicht einer der in der BES 6 genannten Leistungsarten direkt zugerechnet werden können.	Anzahl der Fachabteilungen

BES 7 Neutrales Ergebnis

Generelle Festlegungen

Für die Konten, die in das BES 7 eingesteuert werden, gilt folgendes:

- Erträge und Aufwendungen, die einer Kostenstelle (Abteilung, Bereich) direkt zurechenbar sind, werden dieser zugeordnet.
- Erträge und Aufwendungen, die einer Kostenstelle (Abteilung, Bereich) nicht direkt zugeordnet werden können, werden auf Basis der externen Erlöse aus Krankenhausleistungen auf die Bereiche verteilt.

Spezielle Regelungen

1) Begriff "betriebsfremd" (7.1.2 und 7.1.5)

- Für Tätigkeiten, die nicht zu den Tätigkeiten eines Krankenhauses gehören, wie beispielsweise eine Kurzzeitpflegestation oder Personalwohnheime, sind grundsätzlich eigene Ergebnisbereiche zu bilden.
- Als betriebsfremd werden nur Sachverhalte erfasst, die nicht als eigener Bereich dargestellt werden sollen.

2) Ausweis eines außerordentlichen Ergebnisses (7.1.3 und 7.1.6)

Der Ausweis eines außerordentlichen Ergebnisses ist im HGB mit dem Inkrafttreten des BilRUG entfallen. Im CS 200 wurde der Begriff des außerordentlichen Ergebnisses beibehalten um den Anwendern die Möglichkeit zu geben, Sachverhalte, die ungewöhnlich und selten sind, separat auszuweisen.

Anlage 1: Musterkostenstellenplan

Der DVKC empfiehlt eine Kostenstellenstruktur, die sich an den Vorgaben der KHBV und den erweiterten Gliederungsempfehlungen des Kalkulationshandbuches¹ orientiert. Diese Vorgaben und Empfehlungen wurden noch ergänzt, da dieser Standard neben der Kosten- und Leistungsrechnung vor allem den Ergebnisausweis je Geschäftsbereich fokussiert. Daher wurden insbesondere im Bereich Fachabteilungen/Stationen sowie im Ambulanzbereich Vorschläge ergänzt, deren Umsetzung einen Ergebnisausweis in diesen Bereichen ermöglicht.

Grundlage dieser Ergänzungen ist die Einteilung von Kostenstellen in **patientenführende** und nicht-patientenführende Kostenstellen. Patient*Innen werden grundsätzlich einer medizinisch (= organisatorisch) führenden Abteilung (= Fachabteilung) UND einer räumlichen (= Station) oder abrechnungstechnischen Einheit (= 98er-Ambulanz) zugeordnet. Bei konsequenter Anwendung werden Erlöse aus Patientenbehandlung also nur auf patientenführenden Kostenstellen gebucht. Diese patientenführenden Kostenstellen sollten auch die Kosten ausweisen, welche dem ausgewiesenen Erlös gegenüberstehen (siehe dazu die Erläuterungen und das Beispiel zu Stationen und Fachabteilungen).

Werden medizinische Leistungen im Krankenhaus ohne ärztliche Mitwirkung erbracht (z. B. ambulante Physiotherapie), so dass die Kombination aus fachlicher UND pflegerischer Einheit nicht logisch gebildet werden kann, so kann die physiotherapeutische Ambulanz (= abrechnungstechnische Einheit) entweder dennoch einer passenden Fachabteilung zugeordnet werden, oder es wird eine virtuelle Fachabteilung ohne ärztliche Leitung angelegt.

¹ Vgl. Anlage 7 des Kalkulationshandbuches 4.0 S. 256

KHBV	InEK1	InEK2	DVKC		Verweis	Erläuterung/Kommentar
90				Gemeinsame Kostenstellen		
900						
900				Gebäude einschließlich Grundstück und Außenanlagen		
		9001		Gebäude/Grundstück (für den Betrieb des KH unerlässlich)		
		9002		Gebäude/Grundstück (für den Betrieb des KH nicht unerlässlich)		
901				Leitung und Verwaltung des Krankenhauses		
	90101			Kaufmännische Leitung		
	90102			Ärztliche Leitung		
	90103			Pflegedienstleitung		
	90104			Betriebswirtschaftliches Controlling		
	90105			Medizincontrolling		
	90106			Qualitätsmanagement		
	90107			Zentraler Schreibdienst (allgemein)		
	90108			Zentraler Schreibdienst/Dokumentation (med.)		
		90109		Patientenverwaltung/-abrechnung (stationäre Patienten)		
		90110		Patientenverwaltung/-abrechnung (ambulante Patienten)		
		90111		Drittmittelverwaltung		

KHBV	InEK1	InEK2	DVKC		Verweis	Erläuterung/Kommentar
		90112		Finanzbuchhaltung/Kosten- und Leistungsrechnung		
		90113		Personalverwaltung		
		90114		Materialwirtschaft		
		90115		EDV/IT-Support		
			
902				Werkstätten		
		9021		Werkstätten/Technischer Dienst (Medizintechnik)		
		9022		Werkstätten/Technischer Dienst (außer Medizintechnik)		
903				Nebenbetriebe		
904				Personaleinrichtungen (für den Betrieb des Krankenhauses unerlässlich)		
905				Aus-, Fort- und Weiterbildung		
906				Sozialdienst, Patientenbetreuung		
907				frei		
908				frei		
908				frei		
91				Versorgungseinrichtungen		
910				Speisenversorgung		

KHBV	InEK1	InEK2	DVKC		Verweis	Erläuterung/Kommentar
911				Wäscheversorgung		
			9110	Bettenzentrale		
			9111	Personalwäsche		
912				Zentraler Reinigungsdienst		
913				Versorgung mit Energie, Wasser, Brennstoffen		
		9131		Medizinische Gasversorgung		
		9132		Medizinversorgung (außer med. Gase)		
914				Innerbetriebliche Transporte		
		9141		Patiententransporte		
		9142		Andere Transporte		
915				frei		
916				frei		
917				Apotheke/Arzneimittelausgabestelle (ohne Herstellung)		
		9171		Arzneimittelausgabe (ohne Herstellung)		
		9172		Arzneimittelzubereitung		
918				Zentrale Sterilisation		
919				frei		
92				Medizinische Institutionen		
920				Röntgendiagnostik und -therapie		
	9201			Konventionelle Röntgenverfahren		

KHBV	InEK1	InEK2	DVKC		Verweis	Erläuterung/Kommentar
	9202			Computertomographie		
	9203			Magnet-Resonanz-Tomographie		
	9204			Angiographie		
	9205			Angioplastie/andere intervent. Verfahren		
921				Nukleardiagnostik und -therapie		
	9211			Positronenemissionscomputertomographie (PET)		
	9212			Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)		
	9213			Szintigraphie		
	9214			Strahlentherapie		
922				Laboratorien		
	9221			Blutspende		
	9222			Blutbank/-depot		
		9223		Klinische Chemie		
		9224		Virologie		
		9225		Mikrobiologie		
		9226		Molekulare Diagnostik		
923				Funktionsdiagnostik		
924				Sonstige diagnostische Einrichtungen		
	9241			Kardiologische Diagnostik/Therapie (Herzkatheterlabor/-messplatz)		

KHBV	InEK1	InEK2	DVKC		Verweis	Erläuterung/Kommentar
	9242			Endoskopische Diagnostik/Therapie		
925	9251			Anästhesie (Narkoseleistungen)		
	9252			Anästhesie (andere stationäre Leistungen, z. B. Schmerztherapie)		
		9253		Aufwachraum		
925				Anästhesie, OP-Einrichtungen und Kreißzimmer		
	9254			Operationssaal		
			92540	OP allgemeine Kostenstelle	Siehe 1.1.1	
			92541	OP FAB1	Siehe 1.1.2	
			9254x	OP FAB ...		
	9255			Eingriffsraum (fachgebietsbezogen, außer Kardiologie, Endoskopie)		
		9256		Ambulantes Operieren		
925				Kreißsaal		
	9257			Kreißsaal (Geburtsraum)		
	9258			OP im Kreißsaal		
926				Physikalische Therapie		
			9261	Physiotherapie		
			9262	Ergotherapie		

KHBV	InEK1	InEK2	DVKC		Verweis	Erläuterung/Kommentar
			9263	Logopädie		
927				Sonstige therapeutische Einrichtungen		
		9271		Dialyse		
		9272		Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)		
928				Pathologie		
929				Ambulanzen	Siehe 1.5	
	9291			Notfallambulanz/Not-aufnahme/Rettungsstelle		
93-96				Pflegefachbereich		
				“	Siehe 1.3 sowie 1.4	Siehe dazu Erläuterungen und Vorschläge in „Normalstation“ und „Intensivstation
97				Sonstige Leistungen		
	970			Personaleinrichtungen (für den Betrieb des Krankenhauses nicht unerlässlich)		
	971			Ausbildung		
		9711		Ausbildungsstätte (je Ausbildungsberuf gem. §2 Nr. 1a KHG)		
		9712		Ausbildungsstätte (je Ausbildungsberuf, nicht in §2 Nr. 1a KHG genannt)		
		9713		Ausbildung (akademisches Lehrkrankenhaus)		
	972			Forschung und Lehre		
98				Ausgliederungen		
980				Ambulanzen		

KHBV	InEK1	InEK2	DVKC		Verweis	Erläuterung/Kommentar
981				Hilfs- und Nebenbetriebe		
982				Bereitstellung Notarzt		
982-989				frei		
99				frei		
				Verrechnungskostenstellen		

1.1 OP-Kostenstellen

1.1.1 Allgemeine OP-Kostenstelle

Die Anlage der OP-Kostenstellen hängt von den individuellen Gegebenheiten ab. Ist ein zentraler OP-Bereich vorhanden, so wird die Verwendung einer allgemeinen OP-Kostenstelle empfohlen, welche durch jeweils eine fachabteilungsspezifische OP-Kostenstellen ergänzt wird. Auf der allgemeinen OP-Kostenstelle sollten das pflegerische OP-Team sowie alle nicht-fachabteilungsspezifischen Verbräuche wie sterile Kittel, sterile Handschuhe etc. gebucht werden.

1.1.2 Fachabteilungs-OP

Die fachabteilungsspezifischen OP-Kostenstellen werden mit den Spezialverbräuchen der jeweiligen Fachabteilung bebucht, damit diese Spezialverbräuche nicht in den Verrechnungssatz des allgemeinen OPs eingehen.

Sofern Spezialleistungsbereiche wie Herz-Lungen-Maschinen, Kardiotechniker etc. vorgehalten werden, sollte die Kostenstellenstruktur so aufgebaut werden, dass diese den anfordernden Bereichen genau zugeordnet werden können: sind die Kardiotechniker nur für eine Kardiouchirurgie zuständig, können die Kosten auf die OP-Kostenstelle der Kardiouchirurgie gebucht werden. Erbringen die Kardiotechniker Leistungen für mehrere Kardiouchirurgien, so sollte eine eigene Kostenstelle für die Kardiotechniker eingerichtet werden, von welcher die Leistungen nach Inanspruchnahme verrechnet werden.

1.1.3 Ambulanter OP

Sofern ambulante Operationen durch den Zentral-OP durchgeführt werden, sind keine weiteren Kostenstellen im 925er-Bereich anzulegen. Für den Ergebnisausweis empfiehlt sich hier die Kostenstellenlogik der Ambulanzen (siehe Kapitel 1.5). Ist der ambulante OP hingegen eine eigene Organisationseinheit (weil z. B. personell UND räumlich vom Zentral-OP getrennt), sollte hierfür eine eigene allgemeine Kostenstelle angelegt werden. Sofern in dieser Einheit ausschließlich ambulante Operationen durchgeführt werden, kann diese Kostenstelle im 98er-Bereich angelegt werden. Sofern jedoch kleine Eingriffe auch für den stationären Bereich durchgeführt werden, sollte die Kostenstelle im 92er-Bereich angelegt werden, um eine einheitliche Leistungsverrechnung zu gewährleisten.

1.2 Anästhesie

Analog zu den Vorgaben des InEK ist der für Narkoseleistungen tätige Teil der Anästhesie als eigene Kostenstelle im Bereich 9251 zu führen². Im Falle eines organisatorisch selbständig geführten ambulanten OPs sollte auch die Anästhesie für die hier erbrachten Leistungen eine eigene Kostenstelle führen.

² Vgl. Anlage 7 des Kalkulationshandbuchs V 4.0

1.3 Normalstation

Jede Normalstation hat ihre eigene „allgemeine“ Kostenstelle (Spalte (1) in Abbildung 1). Diese Kostenstelle nimmt die Kosten für das auf der Station beschäftigte Personal (Pflege, mtD, WiVersDi) sowie den Großteil des medizinischen Sachbedarfes auf.

1.4 Fachabteilungen

Jede Fachabteilung hat ihre eigene „allgemeine“ Kostenstelle (Zeile (A) in Abbildung 1). Auf dieser Kostenstelle werden häufig die Kosten des gesamten ärztlichen Dienstes dieser Fachabteilung gebucht, d.h., häufig erfolgt hier keine Trennung in die verschiedenen Tätigkeitsbereiche der Ärzte wie Normalstation, OP, Funktionsbereiche etc. Ebenso werden hier die Kosten der in der Fachabteilung beschäftigten Sekretariate, Psycho-Onkologen etc. gebucht.

Für jede theoretisch belegbare Kombination aus Fachabteilung und Station wird eine eigene Kostenstelle angelegt (weisser Bereich in Abbildung 1, im folgenden „Matrix“). Diese Kostenstellen können auch als „patientenführende Kostenstellen“ bezeichnet werden, da jeder stationäre Aufenthalt immer mit einer Station und einer behandelnden Fachabteilung verbunden ist. Dabei KANN eine „sprechende“ Kostenstellenbezeichnung nach dem folgenden Muster angelegt werden:

		(1)	(2)	(3)	(4)
		Kostenstelle	Innere	Chirurgie	HNO
(A)			931000	941000	954000
(B)	Station A	930001	931001	941001	954001
(C)	Station B	930002	931002	941002	954002
(D)	Station C	930003	931003	941003	954003
(E)	Intensivstation	930004	931004	941004	954004

Abbildung 1: stationäre Kostenstellenmatrix

Dem Vorschlag aus Abbildung 1 liegt die folgende Systematik zugrunde:

- (1) Allgemeine Kostenstellen der Normalstation beginnen grundsätzlich mit der Nummer 930.
- (2) Abhängig von der Größe des Krankenhauses identifizieren die letzte bzw. die letzten beiden Ziffern die jeweilige Station.
- (3) Allgemeine Kostenstellen der Fachabteilungen beginnen mit der aus der KHBV vorgeschlagenen dreistelligen Nummer (z. B. 941 für die Allgemeinchirurgie).
- (4) Der farbig markierte Bereich aus der Matrix setzt sich aus dem Fachabteilungspräfix und dem Stationssuffix zusammen. Für die Belegungskombination Chirurgie (941*) belegt Station B (*02) ergibt sich die Kostenstelle 94102.
- (5) Je nach Größe des Krankenhauses und Länge der verwendeten Kostenstellen müssen ggf. zwischen dem Präfix und dem Suffix fehlende Positionen mit „0“ aufgefüllt werden. Im obigen Beispiel nutzt das Krankenhaus 7-stellige Kostenstellen, so dass die Kombination aus Chirurgie und Station B 9410002 heißen würde.

Was wird auf die Matrix-Kostenstellen gebucht?

- Bei Kostenstellen im „weißen“ Bereich der Matrix handelt es sich um „patientenführende Kostenstellen“.
- Die Kostenstellen der Matrix nehmen alle patientenbezogenen Buchungen aus dem KIS auf (Erlösbuchungen, Leistungsanforderungen) und können zur Anforderung von fachabteilungsspezifischen Materialien auf dieser Station genutzt werden. Benötigt die Station B z. B. bestimmte Antibiotika nur für Patienten der Chirurgie, könnten diese Antibiotika auf die entsprechende Matrix-Kostenstelle angefordert werden.

1.5 Ambulanzen

Die KHBV erwähnt Ambulanzen in zwei Nummernkreisen: 929 und 98. Die Unterscheidung besteht darin, dass die Ambulanzen im 929-Bereich Leistungen erbringen für stationäre Patienten (Erstdiagnostik und anschließende stationäre Aufnahme), ambulante Patienten des Krankenhauses (Erstdiagnostik und Entlassung bzw. ambulante Weiterbehandlung) sowie ambulante Patienten des Chefarztes (Nebentätigkeit, Ermächtigungsambulanz etc.). In diesem Kostenstellenbereich werden alle Personal- und Sachkosten gebucht, die für die Erstversorgung und Diagnostik von Patienten anfallen, da zum Diagnostikzeitpunkt häufig noch nicht klar ist, ob ein Patient stationär verbleibt, oder ob eine ambulante Behandlung ausreichend ist. Daher werden die Vorkostenstellen im 929er-Bereich (die auch als sog. „gemeinsamer Bereich“ bezeichnet werden³) an die anfordernden Kostenstellen weiterverrechnet. Die Endkostenstellen sind somit die patientenführenden Kostenstellen im stationären Bereich (in Abbildung 1 die Kostenstellen „in der Matrix“) oder anzulegende Kostenstellen im 98er-Bereich (Vorschlag in Abbildung 3).

Eine Kostenstellenlogik für die gemeinhin als „ambulante Kostenstellen“ bezeichneten Kostenstellen könnte daher wie folgt aussehen:

929000	Zentrale Notaufnahme	Notfallversorgung aller Patienten
929031	Gemeinsamer Bereich Innere Medizin	Internistische Diagnostik
929042	Gemeinsamer Bereich Allgemeinchirurgie	allgemeinchirurgische Diagnostik
929053	Gemeinsamer Bereich Gynäkologie	Gynäkologische Diagnostik
929...

Abbildung 2: Kostenstellenvorschlag "gemeinsamer Bereich"

³ Dietz/Bofinger Kommentar zur KHBV S. 195, aber auch Kalkulationshandbuch S. 58

	Innere	Chirurgie	HNO
Ambulanz des Krankenhauses	985031	985042	985053
Ambulanz §75 SGB V	985131	985142	985153
MVZ §95	985231	985242	985253
Ambulante Operation §115b	985331	985342	985353
Amb. Beh. durch KH-Ärzte §116	985431	985442	985453
Amb. Beh. bei Unterversorgung §116a	985531	985542	985553
Amb. Spezialfachärztl. Verrgung §116b	985631	985642	985653
Hochschulambulanz §117	985731	985742	985753
Spez. Amb. Palliativvers. §132d	985831	985842	985853
BG-Ambulanz (§34 SGB VII)	985931	985942	985953
Privatambulanz	986031	986042	986053
Ermächtigungsambulanz (Institutsermächtigung)	986131	986142	986153
Ermächtigungsambulanz (Arzt)	986231	986242	986253

Abbildung 3: ambulante Kostenstellenmatrix

Anmerkung: im Beispiel wurden die dritte und vierte Position ab der Zahl 50 hochgezählt. Hier bleibt es jedem Krankenhaus überlassen, einen eigenen Nummernkreis zu wählen. Sofern im Bereich der Fachabteilungen 3stellige Fachabteilungsnummern notwendig sind, müsste die Länge der Kostenstellen im Ambulanzbereich mit der dargestellten Systematik 7 Stellen betragen.

Folgende Sachverhalte wurden nicht in der Matrix berücksichtigt, da hier ein exklusiver Fachabteilungsbezug vorliegt:

- Psychiatrische Institutsambulanz (§118)
- Geriatrische Institutsambulanz (118a)
- Sozialpädiatrische Zentren (§119)