

# **Aktualisierungen und Hilfestellungen**

**zum Kalkulationshandbuch**

**(Version 2.0)**

## Inhaltsverzeichnis

		<b>Seite</b>
1	Einleitung	3
2	Aktualisierungen zum Kalkulationshandbuch 2.0	4
3	Hilfestellungen zur Rohfallkostenkalkulation	7
3.1	Definition: Entlassungstag	7
3.2	Hilfestellungen zur Kostenartenzuordnung	7
3.2.1	Systematik der Kostenartenzuordnung	7
3.2.2	Kostenartenzuordnung spezieller Leistungen	8
3.2.2.1	Antibiotikaträger	8
3.2.2.2	Klammergeräte	8
3.2.2.3	Implantate	8
3.2.2.4	Zuordnung von externen Leistungen (Verbringungsfälle)	8
3.3	Hilfestellungen zur Abgrenzung nicht DRG-relevanter Kostenarten	9
3.3.1	Psychiatrische Konsile	9
3.3.2	Plastische Chirurgie	9
3.3.3	Ausländische Patienten	9
3.3.4	Geplante Personaleinstellungen	10
3.3.5	Unbezahlte Überstunden	10
3.4	Hilfestellungen zur Kostenstellenzuordnung	10
3.4.1	Bronchoskopie	11
3.4.2	Eigenblutspende	11
3.4.3	Dialysebehandlung	11
3.4.4	Zuordnung von laut Lagerstatistik „verbrauchten“ Artikeln	11
3.5	Hilfestellungen zu verschiedenen Verrechnungsschlüsseln	12
3.5.1	Verrechnungsschlüssel für teilstationäre Fälle	12
3.5.2	Behandlungsintensität auf der Intensivstation	13
3.5.3	Kreißaalzeit	13
3.5.4	PPR als Verrechnungsschlüssel für die Patientenpflege	14
3.5.5	Alternative Verrechnungsschlüssel für die Patientenpflege	14

## **1 Einleitung**

Das vorliegende Dokument enthält Aktualisierungen und Hilfestellungen zum Kalkulationshandbuch in der Version 2.0, das am 31. Januar 2002 veröffentlicht wurde.

Das Kalkulationshandbuch steht Ihnen auf den Internetseiten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) <http://www.g-drg.de> unter der Rubrik „downloads“ zur Verfügung. In gebundener Ausgabe ist das Kalkulationshandbuch (ISBN 3-935762-04-6) bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Münsterstr. 169, 40476 Düsseldorf erhältlich.

Da sich der Aktualisierungsbedarf in einem überschaubaren Rahmen hält, konnte auf eine Neuauflage des aktuell gültigen Kalkulationshandbuchs 2.0 verzichtet werden.

Aktualisierungen zum Kalkulationshandbuch finden sich in Kapitel 2 des vorliegenden Dokuments. Über die notwendigen Aktualisierungen hinaus haben die Erfahrungen mit der Anwendung des Kalkulationshandbuchs einige Aspekte hervorgebracht, für die sich Interpretationshilfen empfehlen. Hilfestellungen zu den am häufigsten gestellten Fragen (vgl. auch die Rubrik „Fragen und Antworten“ auf unserer Homepage) finden sich in Kapitel 3.

Das vorliegende Dokument steht ebenfalls auf unserer Homepage unter der Rubrik „downloads“ zur Verfügung.

## 2 Aktualisierungen zum Kalkulationshandbuch 2.0

Die Aktualisierungen zum Kalkulationshandbuch 2.0 werden in Form einer Synopse dargestellt. Dabei werden die Aktualisierungen den relevanten aktualisierungsbedürftigen Textstellen aus dem Kalkulationshandbuch direkt gegenübergestellt.

Die Krankenhäuser werden gebeten, diese Aktualisierungen bei der Kostenkalkulation mit dem Ziel der Datenübermittlung zur Kalkulation der DRG-Relativgewichte bis zum 31.03.2003 zu berücksichtigen.

### Abbildung: Synopse der Aktualisierungen zum Kalkulationshandbuch 2.0

Zu aktualisierende Textstellen im Kalkulationshandbuch	Aktualisierungen
<b>Bezugszeitraum der Kalkulation</b>	
<b>Handbuch 2.0 Kap. 2.3 Seite 21 f. (vgl. auch 38 f. u. 172)</b>	
<p>Für den Bezugszeitraum der Kalkulation gilt, dass der fallbezogenen Kostenzuordnung im Rahmen der Kostenträgerrechnung grundsätzlich Kosten- und Leistungsdaten aus der gleichen Periode zugrunde gelegt werden (zeitliche Kongruenz). Von dem Prinzip der zeitlichen Kongruenz ...</p>	<p>Die Ermittlung der bis zum 31.03.2003 zu übertragenden Kalkulationsdaten erfolgt erstmalig und fortan regelhaft zeitlich kongruent sowie auf Basis der Gesamtjahresdaten des Vorjahres.</p> <p>Heranzuziehen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die jahres- und patientenbezogenen Leistungs- und Kostendaten des Jahres 2002,</li> <li>- die Kalkulationssätze der Kostenstellen auf der Grundlage von Kosten- und Leistungsdaten des Geschäftsjahres 2002,</li> <li>- die im Erhebungszeitraum des Geschäftsjahres 2002 erhobenen Einzelkosten auf Basis des Geschäftsjahres 2002.</li> </ul> <p>Die Datenerfassung umfasst alle DRG-relevanten entlassenen Behandlungsfälle eines Kalenderjahres. Für die bereits im Jahr 2001 aufgenommenen Behandlungsfälle („Überlieger“) sind nach Möglichkeit Kostendaten zu liefern; eine Verpflichtung dazu besteht nicht.</p> <p>Für den Fall, dass der testierte Jahresabschluss bis zum Stichtag für die Datenübermittlung (31.03.) noch nicht vorliegt, bildet die aktuelle Summen- und Saldenliste der Finanzbuchhaltung die Grundlage, und es ist wie folgt zu verfahren:</p>

	<p>1) Noch nicht durchgeführte, aber bereits zu erwartende Buchungen sollten in möglichst korrekter Höhe im Buchungskreis für die im Rahmen der DRG-Kalkulation erforderlichen Buchungen vorgenommen werden.</p> <p>2) Ergeben sich später (nach erfolgter Datenübermittlung) im testierten Jahresabschluss dennoch Kostenabweichungen, so ist eine umgehende Benachrichtigung des InEK über die Art und Höhe in schriftlicher Form erforderlich.</p>
<p><b>Datenübermittlung an die DRG-Datenstelle</b></p> <p><b>Handbuch 2.0 Kap. 6 Seite 161 f.</b>  <b>(vgl. auch 164 und 199)</b></p>	
<p>In dem DRG-Datensatz (Stand 31.12.2002) sind alle erforderlichen Informationen ...</p> <p>Nach Abschluss der Erhebungsphase ...</p>	<p>Die an der Rohfallkostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäuser übersenden die zu übermittelnden Daten an die DRG-Datenstelle.</p> <p>Die DRG-Datenstelle fungiert als neutrale Datenannahmestelle. Die Kalkulation der Relativgewichte für die DRG-Gruppen erfolgt durch das InEK.</p> <p>Die aktuell gültige Datenstruktur steht unter <a href="http://www.g-drg.de">http://www.g-drg.de</a> im Downloadbereich zur Verfügung.</p> <p>Nach Abschluss der Erhebungsphase sind an die unabhängige DRG-Datenstelle folgende Informationen in Papierform zu übersenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Erklärung des Krankenhauses</li> <li>➤ Datenträgerbegleitzettel, wenn die Daten auf physischem Datenträger (z.B. CD-ROM) übermittelt werden</li> </ul> <p>Weiterhin sind Informationen an die DRG-Datenstelle auf elektronischem Weg (E-Mail) oder auf physischem Datenträger in der aktuell gültigen Datenstruktur zu übermitteln:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fallbezogene Datensätze</li> <li>➤ Krankenhausbezogene Datensätze</li> </ul> <p>Die Daten müssen verschlüsselt sein.</p> <p><i>Arbeitsschritte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Bereiten Sie die zu übermittelnden Informationen nach den Vorgaben der aktuell gültigen Datenstruktur auf.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Übermitteln Sie die Informationen an die DRG-Datenstelle.</li> </ul>

<b>Ausbildungskosten</b>	
<b>Handbuch 2.0 Kap. 3.4.6 Hinweise Seite 68</b>	
<p>① Die Kosten der Unterbringung ...</p> <p>① Werden vom Krankenhaus mehrere Ausbildungsstätten betrieben ...</p> <p>① Betreibt das Krankenhaus ...</p>	<p>① Die Kosten der Unterbringung ...</p> <p>① Betreibt ein Krankenhaus mehrere Ausbildungsstätten, so sind im Rahmen der Datenübertragung nach § 21 KHEntgG die Angaben für verschiedene Ausbildungsstätten nicht in einer Gesamtsumme, sondern gesondert für jede einzelne Ausbildungsstätte (Ausbildungsberuf) zu übermitteln (Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 21 KHEntgG, S. 7).</p> <p>① Betreibt das Krankenhaus ...</p> <p>① Personalkosten für Praxisanleiter und Mentoren sind nur insoweit DRG-relevant, als sie nicht in Zusammenhang mit Ausbildungstätigkeiten stehen, die im oben genannten Sinne über Zuschläge finanziert werden.</p>
<b>Abschreibungen auf Forderungen</b>	
<b>Handbuch 2.0 Kap. 3.4.3.4 Seite 43</b>	
	Abschreibungen auf Forderungen sind nicht DRG-relevant.
<b>Handbuch Anlage 4.1 Seite 188</b>	
<p>76 Abschreibungen</p> <p>Abschreibungen auf wiederbeschaffte Gebrauchsgüter</p> <p style="padding-left: 20px;">Medizinische Gebrauchsgüter</p> <p style="padding-left: 20px;">Sonstige Gebrauchsgüter</p> <p>Abschreibungen auf Forderungen</p>	<p>76 Abschreibungen</p> <p>Abschreibungen auf wiederbeschaffte Gebrauchsgüter</p> <p style="padding-left: 20px;">Medizinische Gebrauchsgüter</p> <p style="padding-left: 20px;">Sonstige Gebrauchsgüter</p>
<b>Sozialer Dienst</b>	
<b>Handbuch 2.0 Anlage 3 Seite 182 f.</b>	
	Der soziale Dienst ist nicht der „nicht medizinischen Infrastruktur“, sondern der „medizinischen Infrastruktur“ zuzuordnen.

### **3 Hilfestellungen zur Rohfallkostenkalkulation**

In den folgenden Abschnitten finden sich verschiedene Interpretationshilfen zu den Ausführungen im Kalkulationshandbuch. Diese Interpretationshilfen basieren zu einem wesentlichen Teil auf den „Fragen und Antworten“, die auf den Internetseiten des InEK zur Verfügung stehen.

#### **3.1 Definition: Entlassungstag**

(siehe auch DRG-Datensatz: Datei FAB)

Interne Verlegungen aus dem DRG-relevanten Bereich, bspw. in die Psychiatrie und zurück, sind keine Entlassungen im Sinne der Rohfallkostenkalkulation. Die Kosten für psychiatrische Leistungen sind nicht an die DRG-Datenstelle zu übermitteln.

Der Entlassungstag ist der Tag, an dem der Patient:

- aus dem Verantwortungsbereich des Krankenhauses entlassen wird,
- extern verlegt wird oder
- verstorben ist.

#### **3.2 Hilfestellungen zur Kostenartenzuordnung**

##### **3.2.1 Systematik der Kostenartenzuordnung**

(Kalkulationshandbuch S. 83 f.)

Eine Zuordnung einzelner Kostenarten zu den Kostenartengruppen 1–8 erfolgt grundsätzlich nur bei direkten Kostenstellen.

Die Kosten der indirekten Kostenstellen (medizinische + nicht medizinische Infrastruktur) werden je Kostenstelle zu einer Gesamtsumme zusammengefasst und im Rahmen der Kostenstellenrechnung auf die direkten Kostenstellen umgelegt (Ausnahme: Verwendung einer Basiskostenstelle). Der Ausweis auf den direkten Kostenstellen erfolgt dann unter den Kostenartengruppen 7 und 8. Neben den verrechneten Kosten können die Kostenartengruppen 7 und 8 auf den direkten Kostenstellen natürlich auch unmittelbar hier verbuchte Kosten enthalten (z. B. Abschreibungen auf medizinische Gebrauchsgüter, Reinigungskosten, Büromaterial).

## **3.2.2 Kostenartenzuordnung spezieller Leistungen**

### **3.2.2.1 Antibiotikaträger**

(Kalkulationshandbuch S. 33)

Implantierte Antibiotikaträger sind den Arzneimitteln zuzuordnen. Nach Möglichkeit sollte eine Zuordnung als Einzelkosten erfolgen.

### **3.2.2.2 Klammergeräte**

(Kalkulationshandbuch S. 32 f.)

Klammergeräte sind keine Implantate, können aber dennoch, wenn diese patientenbezogen dokumentiert werden, als Einzelkosten verrechnet werden. Die Einzelkostenzuordnung erfolgt zu der Kostenstellengruppe 6b.

### **3.2.2.3 Implantate**

(Kalkulationshandbuch S. 32)

Als Implantate sind u. a. zu betrachten:

- Prothesen: z. B. Gefäßprothesen (wie Stents und Y-Prothesen), Hüftprothesen
- Knochenersatzstoffe: z. B. Zemente (wie Pallacos), Harms-Körbchen als Wirbelkörper-Ersatz
- Herzschrittmacher und Defibrillatoren

Sie sind als Einzelkosten in der Kostenartengruppe 5 „Sachkosten Implantate und Transplantate“ zu erfassen.

Die im Kalkulationshandbuch auf S. 32 aufgeführten Artikelgruppen verstehen sich im Übrigen als Mindeststandard, für den eine direkte fallbezogene Zuordnung als Einzelkosten vorzunehmen ist. Diese Liste sollte krankenhausesindividuell erweitert werden, da so eine höhere Verursachungsgerechtigkeit der Kostenzuordnung erreicht werden kann.

### **3.2.2.4 Zuordnung von externen Leistungen (Verbringungsfälle)**

(Kalkulationshandbuch S. 33)

Das entsendende (verbringende) Krankenhaus sollte die Kosten für die Inanspruchnahme krankenhausesexterner Leistungen nach Möglichkeit als Einzelkosten erfassen und verrechnen.

### **3.3 Hilfestellungen zur Abgrenzung nicht DRG-relevanter Kostenarten**

#### **3.3.1 Psychiatrische Konsile**

(Kalkulationshandbuch S. 28 f. und Anlage 4.2 auf S. 190)

Psychiatrische Leistungen sind nicht DRG-relevant, soweit sie in Einrichtungen der Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin erbracht werden.

Nehmen nicht psychiatrische Kliniken (z. B. Neurologie, Innere Medizin) Leistungen der Psychiatrie in Form von Konsilen in Anspruch, so sind diese Kosten DRG-relevant und folglich auch zu kalkulieren.

Die Kosten für psychiatrische Konsile sollten analog den Fremdpersonalkosten zugeordnet werden. Falls die Kosten als Einzelkosten vorliegen, so sind sie der Kostenartengruppe 6b, andernfalls der Kostenartengruppe 6a zuzuordnen.

#### **3.3.2 Plastische Chirurgie**

(Kalkulationshandbuch S. 29)

Nur bei Vorlage der Kostenübernahmeerklärung durch die gesetzliche Krankenkasse sind plastische Operationen in die Rohfallkostenkalkulation einzubeziehen.

In allen übrigen Fällen handelt es sich nicht um allgemeine Krankenhausleistungen, die demnach nicht zu berücksichtigen sind.

#### **3.3.3 Ausländische Patienten**

Wenn ein Patient alle folgenden Bedingungen erfüllt, ist er nicht DRG-relevant und damit auch nicht bei der Rohfallkostenermittlung zu berücksichtigen:

1. Der Wohnort des Patienten liegt außerhalb Deutschlands.
2. Der Patient ist nicht deutscher Staatsbürger.
3. Der Patient ist kein Notfallpatient.

Beispiele:

1. Ein ausländischer Arbeitnehmer, 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.
2. 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 die Bedingung 3.
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.

### **3.3.4 Geplante Personaleinstellungen**

(Kalkulationshandbuch S. 42 ff.)

Bei geplanten Personaleinstellungen handelt es sich um Plankosten.

Da die Rohfallkostenermittlung auf einer Ist-Kostenrechnung basiert, dürfen diese Kosten nicht berücksichtigt werden (Kalkulationshandbuch S. 44).

### **3.3.5 Unbezahlte Überstunden**

(Kalkulationshandbuch S. 42 ff.)

Bei der Rohfallkostenkalkulation handelt es sich um eine Vollkostenrechnung auf Ist-Kostenbasis. Da den unbezahlten Überstunden keine Kosten gegenüberstehen, sind diese in der Rohfallkostenkalkulation nicht zu berücksichtigen.

## **3.4 Hilfestellungen zur Kostenstellenzuordnung**

Das Kalkulationshandbuch enthält keine expliziten Hinweise auf die Zuordnung der den medizinischen Leistungen zugrunde liegenden Kosten zu Kostenstellen. Im Folgenden finden sich Hinweise für die Kostenstellenzuordnung für ausgewählte Beispiele. Grundsätzlich sollten Kosten der verschiedenen Leistungen der Kostenstelle zugeordnet werden, welche die Leistung erbringt.

### **3.4.1 Bronchoskopie**

In einem Krankenhaus werden 70% aller Bronchoskopien in Vollnarkose durchgeführt. Soll die Leistung der Endoskopie oder dem OP zugeordnet werden?

Erfolgt die Leistungserstellung in der Endoskopie, sind die Kosten innerhalb der Kostenstellengruppe 8: Endoskopische Diagnostik auszuweisen. Wird die Bronchoskopie im OP durchgeführt, werden die Kosten innerhalb der Kostenstellengruppe 4: OP-Bereich dargestellt.

### **3.4.2 Eigenblutspende**

Eigenblutspenden werden im Krankenhaus in der Regel als Institutsleistung durch eine Blutbank bzw. ein Blutlabor erbracht.

Die dafür entstandenen Kosten sollten nach Möglichkeit als Einzelkosten der Kostenstellengruppe Laboratorien zugeordnet werden.

### **3.4.3 Dialysebehandlung**

Alle Kosten der Dialysebehandlung sind unabhängig vom Ort und der Art der Leistungserbringung grundsätzlich – soweit dies möglich ist – der Dialyseabteilung zuzuordnen. Sollte dies nicht möglich sein (z. B. bei den Personalkosten der Intensivstation, wenn die Dialysebehandlung auf der Intensivstation erfolgt), so werden die Kosten über die Kostenstelle der Intensivstation verrechnet.

Hat ein Krankenhaus keine Dialyseabteilung, nimmt aber Dialysen vor, so kann die Behandlung durch ein mobiles Dialyseteam oder auf der Intensivstation erfolgen. Hier sind die Kosten ebenfalls der Kostenstellengruppe 3: Dialyseabteilung zuzuordnen.

Der Begriff Dialyseabteilung ist im Kalkulationshandbuch (S. 130 ff.) nicht exakt abgegrenzt und umfasst aus kostenrechnerischen Gesichtspunkten auch nicht bettenführende Bereiche wie das mobile Dialyseteam oder Dialysebehandlungen auf der Intensivstation.

### **3.4.4 Zuordnung von laut Lagerstatistik „verbrauchten“ Artikeln**

In Kapitel 3.4.1 (S. 32 ff.) enthält das Kalkulationshandbuch Hinweise, wie die Kosten teurer Sachgüter einem Behandlungsfall direkt und verursachungsgerecht zugeordnet werden können (Einzelkostenzurechnung).

Voraussetzung für die Einzelkostenzurechnung ist eine vollständige und fallbezogene Erfassung des Artikelverbrauchs.

Die Erfahrungen der Krankenhäuser zeigen, dass diese Voraussetzung nicht immer gegeben ist. Ein möglicher Lösungsweg für die fallbezogene Kostenzuordnung bei ganz oder teilweise fehlender Verbrauchserfassung wird im Folgenden beispielhaft dargestellt:

Situation:

Im kardiologischen Funktionsraum liegt aufgrund eines technischen Fehlers bei den Falldaten auf einem neuen elektronischen Leistungserfassungssystem nur eine unvollständige Verbrauchsdokumentation vor. Der Kostenstelle sind die Kosten für implantierte Herzschrittmacher (HSM) vollständig zugeordnet.

Lösungsansatz:

1. Alle Patienten, die im Rahmen ihrer Behandlung einen HSM erhalten haben, werden anhand der entsprechenden Prozedurenkodes identifiziert.
2. Es wird ein Abgleich mit den Angaben der (unvollständigen) Verbrauchsdokumentation im kardiologischen Funktionsraum vorgenommen.
3. Die Verbrauchsdokumentation wird um die darin nicht enthaltenen Fälle ergänzt.
4. Die vollständige Liste der Behandlungsfälle ist Grundlage für die fallbezogene Zuordnung der HSM-Kosten.

### **3.5 Hilfestellungen zu verschiedenen Verrechnungsschlüsseln**

#### **3.5.1 Verrechnungsschlüssel für teilstationäre Fälle**

(Kalkulationshandbuch S. 118 ff.)

Bei gemischten Stationen, die sowohl voll- als auch teilstationäre Fälle behandeln, empfiehlt sich eine unterschiedliche Gewichtung der voll- und teilstationären Tage bei der Kostenverrechnung. Nachfolgend wird die Kostenverrechnung für teilstationäre Fälle anhand eines Beispiels erläutert, bei dem der teilstationäre Pflage tag aufgrund krankhausindividueller Gegebenheiten mit 65% gewichtet wird. (Dabei sei darauf hingewiesen, dass vollstationäre Fälle nicht zwingend kostenträchtiger als teilstationäre Fälle sind.)

Eine gemischte Station habe insgesamt 10.000 Tage erbracht. Davon seien 2.000 teilstationäre und 8.000 stationäre Tage angefallen. Die Gesamtkosten für den Ärztlichen Dienst betragen GE 150.000:

Vollstationäre Tage: 8.000

Teilstationäre Tage: 2.000, gewichtet: 1.300

Neue Summe an Tagen: 9.300

Kostensatz zur Verteilung der Gesamtkosten:  $GE\ 150.000 : 9.300 = GE\ 16,13$

Daraus resultieren:

Ein vollstationärer Gesamtkostenanteil für den Ärztlichen Dienst von:

$$GE\ 16,13 \times 8.000 = GE\ 129.032$$

Ein teilstationärer Gesamtkostenanteil für den Ärztlichen Dienst von:

$$GE\ 16,13 \times 1.300 = GE\ 20.968$$

Der rechnerische vollstationäre Kostensatz beträgt dann:

$$GE\ 129.032 : 8.000 = GE\ 16,13.$$

Der rechnerische teilstationäre Kostensatz beträgt dann:

$$GE\ 20.968 : 2.000 = GE\ 10,48.$$

### **3.5.2 Behandlungsintensität auf der Intensivstation**

(Kalkulationshandbuch S. 125 und S. 193)

Als Bezugsgrößen für die Verrechnung der Kosten der Intensivstation sind gemäß Kalkulationshandbuch Anlage 5, S. 193 gewichtete oder ungewichtete Intensivstunden vorgesehen.

Erfolgt eine Gewichtung, soll laut Kalkulationshandbuch S. 125 als Kriterium die Behandlungsintensität (Beatmung, Überwachung und Behandlung) gelten.

Alternativ können auch Score-Systeme wie z. B. TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) zum Einsatz kommen.

### **3.5.3 Kreißsaalzeit**

(Kalkulationshandbuch S. 34)

Um die DRG-relevanten Kosten der Kostenstelle Kreißsaal fallbezogen zuordnen zu können, sollten die gesamten Aufenthaltsminuten einer Patientin im Kreißsaal dokumentiert und zur Ermittlung des Kostensatzes und für die Kostenträgerrechnung herangezogen werden.

Findet grundsätzlich bei der Aufnahme einer Patientin eine Eingangsuntersuchung im Kreißsaal statt, die entweder in die Geburt oder in eine abwartende Verlegung auf die Normalstation mündet, können die Kosten für diese Leistung entweder über eine Bildung hausindividueller Standards (Kalkulationshandbuch S. 34) oder mit dem dokumentierten Erfassungszeitraum der Geburt (Eröffnungsphase, Austreibung, Entbindung, nachgeburtliche Untersuchung und Behandlung) verteilt werden.

### **3.5.4 PPR als Verrechnungsschlüssel für die Patientenpflege**

(Kalkulationshandbuch S. 120 f.)

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.

1. Zuordnung durchschnittlicher PPR-Minuten je Pflage-tag einer Abteilung
2. 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. Dieser Aspekt wäre auch bei der Alternative berücksichtigt, wenn die abteilungsbezogenen PPR je x. Tag berechnet werden. Es würden sich durchschnittliche Werte für den ersten Tag, den zweiten Tag etc. bis hin zum letzten Tag ergeben.

### **3.5.5 Alternative Verrechnungsschlüssel für die Patientenpflege**

(Kalkulationshandbuch S. 193)

Zur Verteilung der Personalkosten des Pflegedienstes sind laut Kalkulationshandbuch Anlage 5, S. 193 neben PPR-Minuten auch andere sach-gerechte Systeme zugelassen.

Bei Fachabteilungen, bei denen PPR-Minuten nicht sachgerecht erscheinen, wie z.B. in der Frührehabilitation, können auch alternative Verfahren wie das LEP-Verfahren und der Barthel-Index angewendet werden. Die Umsetzung ist mit dem InEK abzustimmen.