

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 Krankenhausleistungrecht 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 Leistungsinformationen müssen stets dem gleichen Datenjahr (Kalenderjahr, aus dem die verwendeten Daten stammen) entstammen.

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

*Unterscheidung
zwischen Einzel-
und Gemeinkosten*

Anwendungsbereich

Die Kalkulation bezieht alle 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 Kal-
kulationsrelevanz*

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 Leistungsinformationen (Dokumentation erbrachter Einzelleistungen wie z.B. Anzahl der gewichteten Intensivstunden, Schnitt-Naht-Zeit bei der Operation, Art und Anzahl diagnostischer Leistungen, Sachmittelverbrauch) erforderlich.

*Die Datengrundlage
umfasst fallbezogene
Daten, Kostendaten
und Verrechnungs-
schlüssel*

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 ausgerichtet sein und eine darüber hinausgehende vorgegebene Mindestdifferenzierung 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 KHEntG werden zu jedem Falldatensatz die errechneten Behandlungskosten in modularer Gliederung bereitgestellt.

Die Datenbereitstellung umfasst Behandlungskosten je Fall, ergänzende Falddaten und Informationen zur Kalkulationsgrundlage

Über diese „reguläre“ Datenlieferung hinaus verpflichten sich die Kalkulationskrankenhäuser, ergänzende fallbezogene Daten bereitzustellen, deren Umfang und Struktur durch das InEK vorgegeben werden.

Neben den fallbezogenen Daten übermitteln die Kalkulationskrankenhäuser dem InEK zu Prüfzwecken Informationen zu der verwendeten Kalkulationsgrundlage.

2.2 Voraussetzungen für die Ermittlung der Behandlungskosten

An der Ermittlung der Behandlungskosten können alle Krankenhäuser teilnehmen, soweit das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) 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 Entgeltsystems im Krankenhaus“ 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 Kalkulation 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 verursachungsge-rechten Zuordnung der Kosten zu den leistungsempfangenden Pati-enten.
- 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 Informatio-nen für die Datenübermittlung zusammengefasst. Die Struktur des DRG-Datensatzes (aktueller Stand) finden Sie auf der Homepage des InEK (www.g-drg.de). Diese Datensatzbeschreibung liefert um-fassend die benötigten Angaben für die fallbezogenen und kranken-hausbezogenen Daten. Weiterhin sind Kodelisten und Hinweise so-wie Informationen über Datenformat, Dateien und Übermittlung aufgeführt.

Anforderungen an Informationen der Finanzbuchhaltung

- Vorhandensein von Informationen im Rahmen der Finanzbuchhal-tung und/oder Kostenrechnung, die eine Ausgliederung von nicht kalkulationsrelevanten Aufwendungen ermöglichen.

Anforderungen an Informationen der Kostenrechnung

- Vorliegen einer geeigneten Datenbasis für definierte Verrechnungsschlüssel zur Durchführung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (IBLV).
- Der Kostenstellenplan muss sich an der Gliederung der KHBV orientieren und eine vorgegebene Mindestdifferenzierung aufweisen. Die grundlegenden Kriterien der Kostenstellenbildung (einheitlicher Verantwortungsbereich, einheitliche Maßgrößen der Kostenverursachung, räumlich abgetrennter Bereich) müssen berücksichtigt sein.

Anforderungen an die Dokumentation

- Die teilnehmenden Krankenhäuser sind verpflichtet, die zur Ermittlung der Behandlungskosten erforderlichen Arbeiten im Einzelnen nach den Vorgaben dieses Handbuchs zu dokumentieren.
- Insbesondere muss die Summe der in der Kostenartenrechnung ausgewiesenen Aufwendungen mit der Summe der entsprechenden Aufwandsarten in der Gewinn- und Verlustrechnung des testierten Jahresabschlusses übereinstimmen.
- Weiterhin müssen alle Ausgliederungen nicht kalkulationsrelevanter Aufwendungen und nicht kalkulationsrelevanter Leistungen lückenlos nachvollziehbar sein.
- Eine sorgfältige Dokumentation dient der Überprüfung des Vorgehens und stellt hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse sowie der weiteren Durchführung von Kalkulationen eine unabdingbare Voraussetzung dar. Insbesondere ist die Kongruenz zwischen Leistungs- und Kostendaten bei jeder Datenlieferung zu prüfen. Falls Abweichungen in der übermittelten Fallzahl und/oder beim übermittelten Kostenvolumen zwischen den einzelnen Korrekturlieferungen auftreten, sind diese zu dokumentieren und die Ursachen dafür zu ermitteln. Das Krankenhaus hat hierzu auf Anfragen des InEK Stellung zu beziehen.

Die folgende Tabelle stellt die Dokumentationsanforderungen in Bezug auf die Kalkulation zusammen. Die Dokumentation ist auf Anforderung in ihrer Gesamtheit oder in Teilen dem InEK zur Verfügung zu stellen.