

### Ausfüllhinweise

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

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

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

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

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

Ihre InEK GmbH

### Rücksendung

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

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

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

### Stammdaten

IK-Nr.:

Name des KH:

Ort des KH:

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

### Informationen zur Kalkulationsgrundlage PSY:

Initiallieferung:

Korrekturlieferung:

bitte markieren (X)

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

### Begründung für Korrekturlieferung (stichwortartig):

**Erklärung zur Kalkulationsgrundlage**

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

bitte eintragen

Summe PSY-relevante Kosten (€)

**Kalkulierte Fälle (Anzahl)**

Fälle vollstationär	
Pflegetage vollstationär	
Fälle teilstationär	
Berechnungstage teilstationär	
Begleitpersonen	
rein vorstationär	

davon Psychosomatik:


**Berücksichtigte Abgrenzungstatbestände**

- Leistungen der Somatik gem. § 17b Abs. 1 KHG
- Leistungen der Forensik gem. §§ 63, 64 StGB
- Rückstellungen (ohne Rückstellungen für Urlaub und Mehrarbeit)
- Periodenfremde u. außerordentliche Aufwendungen
- Investitionskosten
- Leistungen an Dritte
- Speisenversorgung
- Forschung und Lehre
- Ausbildung in akademischen Lehrkrankenhäusern
- Vermietung und Verpachtung
- Personalgestaltung an Dritte
- Ergänzende Leistungsbereiche
- Leistungen der Nebenbetriebe
- Ambulante Leistungen
- Rehabilitationseinrichtungen gem. § 111 SGB V
- Aufwendungen für Ausbildungsstätten u. Ausbildungsmehrvergütungen
- Sonstige (Integrierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme, etc.)

	bitte markieren (X)	Kostenvolumen (€)			Erläuterung im Handbuch
		Personal- kosten	Sach- kosten	Infrastruktur- kosten	
Leistungen der Somatik gem. § 17b Abs. 1 KHG	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.3.3)
Leistungen der Forensik gem. §§ 63, 64 StGB	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.3.3)
Rückstellungen (ohne Rückstellungen für Urlaub und Mehrarbeit)	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.1.3)
Periodenfremde u. außerordentliche Aufwendungen	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.1.2)
Investitionskosten	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.1.4)
Leistungen an Dritte	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.3.8)
Speisenversorgung	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.3.10)
Forschung und Lehre	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.3.4)
Ausbildung in akademischen Lehrkrankenhäusern	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.3.7)
Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.3.12)
Personalgestaltung an Dritte	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.3.9)
Ergänzende Leistungsbereiche	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.3.6)
Leistungen der Nebenbetriebe	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.3.11)
Ambulante Leistungen	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.3.1)
Rehabilitationseinrichtungen gem. § 111 SGB V	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.3.1)
Aufwendungen für Ausbildungsstätten u. Ausbildungsmehrvergütungen	<input type="checkbox"/>				(siehe Kap. 4.4.4)
Sonstige (Integrierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme, etc.)	<input type="checkbox"/>				(siehe Tab. 2, Kap. 3.1)

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

**Einzelkosten Arzneimittel**

Wird eine Einzelkostenzuordnung für Arzneimittel vorgenommen?  ja  nein  bitte markieren (x)

Bitte geben Sie an, für welche Wirkstoffe/ Wirkstoffgruppen eine Einzelkostenzuordnung vorgenommen wird (**außer Depotpräparate**):

Wirkstoff / Wirkstoffgruppe	Kosten- volumen Gesamt (€)	Anzahl Tage (mit zugeordneten Arzneimittelkosten)

Bitte geben Sie an, für welche Wirkstoffe/ Wirkstoffgruppen eine Einzelkostenzuordnung vorgenommen wird (**ausschließlich Depotpräparate**):

Wirkstoff / Wirkstoffgruppe	Kosten- volumen Gesamt (€)	Anzahl Tage (mit zugeordneten Arzneimittelkosten)

Eine Einzelkostenzuordnung ist gem. Kalkulationshandbuch für Arzneimittel zwingend erforderlich, wenn die Kosten min. 10€ je Tag betragen. Für Depotpräparate ist eine Einzelkostenzuordnung bei Mindestkosten von 10€ je Tag Wirkungsdauer des Präparats zwingend erforderlich.

Bitte tragen hier Sie die Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen ein, für die Sie eine Einzelkostenzuordnung vorgenommen haben. Bitte geben Sie zusätzlich das **gesamte Kostenvolumen** (nicht je Tag) und die **Anzahl der Tage** mit zugeordneten Arzneimittelkosten der einzelnen Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen an.

Die Tabellen können durch anfügen weiterer Zeilen nach Bedarf verlängert werden. Bitte füllen Sie die Tabellen ohne Leerzeilen aus.

**Kalulatorische direkte Kostenstellen**

Bitte geben Sie die zu kalkulatorischen Zwecken eingerichteten direkten Kostenstellen an (siehe Kap. 6.3.2):

Kalkulatorische Kostenstelle <small>(aussagekräftiger Name, bitte keine Abkürzungen)</small>	Kostenstellengruppen- zuordnung <small>(z.B.: 23 (Psychotherapie))</small>

Bitte erläutern Sie stichwortartig, wie Sie diese kalkulatorischen Kostenstellen in die Personalkostenverrechnung und in die Innerbetriebliche Leistungsverrechnung einbeziehen:

**Sonstige besondere Bereiche**

Bitte geben Sie an, inwiefern Ihrer Einrichtung Kosten in relevanter Höhe von sonstigen besonderen Bereichen entstehen, die nicht gem. BpflV vergütet werden:

Bereich	Kostenvolumen (€)	Anmerkungen

**Ergänzende Datenbereitstellung zum Status der gerichtlichen Unterbringung**

Bitte geben Sie an, ob im Datenjahr 2011 in Ihrer Einrichtung Patienten gerichtlich untergebracht wurden:

ja          nein

   bitte markieren (x)

Ist es Ihnen möglich, die Daten in der von der ergänzenden Datenbereitstellung vorgesehenen Form aufzubereiten und zu übermitteln?

   bitte markieren (x)

Falls nein, bitte erläutern Sie kurz die aufgetretenen Schwierigkeiten:

**Ergänzende Angaben zu Kalkulationsbereichen**

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

**Kostenstellengruppen 23 (Psychotherapie), 24 (Physikalische Therapie), 25 (Ergotherapie) und 26 (Andere Therapie)**

KSt.-Gruppe	Kostenstelle vgl. Anlage 6 Kalkulationsleitfaden (aussagekräftiger Name)	Leistungserfassung						externe Leistungserbringung		
		durchgängig* für alle Berufsgruppen (x)	Leistungszeiten (kleinste erfasste Einheit in Min.)	DKG-NT (x)	GOÄ (x)	Hauskatalog** (x)	sonstige*** (x)	vollständig (x)	teilweise (x)	Nennung "teilweise" bitte erläutern
23										
23										
23										
23										
23										
24										
24										
24										
24										
24										
25										
25										
25										
25										
25										
26										
26										
26										
26										
26										

\* Die Leistungserfassung erfolgt für alle Berufsgruppen dieser Kostenstelle identisch und entspricht Ihrer Angabe. Sollten sich einzelne Berufsgruppen in Ihrer Leistungserfassung unterscheiden, dann verwenden Sie für diese Angaben bitte **die rechts angefügten Tabellen**. Für jede Berufsgruppe ist eine eigene Tabelle hinterlegt.

Bitte erläutern Sie folgende Punkte stichwortartig, sofern diese bei Ihnen zutreffen:

\*\* Sie verwenden einen Hauskatalog:

\*\*\* Die Art Ihrer Leistungserfassung ist nicht aufgeführt:

**Ergänzende Angaben zu Kalkulationsbereichen**

Krankenhaus-IK: 0  
 Name des KH: 0  
 Ort des KH: 0  
**Kostenstellengruppe 9 (Radiologie)**

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

bitte markieren (X)

nein	<input type="checkbox"/>
ja, vollständig	<input type="checkbox"/>
ja, teilweise	<input type="checkbox"/>

Bei teilweiser externer Leistungserbringung:

Leistungsbereich(e)

Kostenvolumen (€)

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

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

Bitte berücksichtigen Sie die Kostenstellen der Radiologie nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs (Anlage 6 PSY).

Kostenstelle (aussagekräftiger Name)	Leistungsdokumentation					
	Hauskatalog* (bitte erläutern)	DKG-NT (x)	EBM (x)	GOÄ (x)	sonstige* (bitte erläutern)	Besonderheiten (bitte erläutern)

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

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

**Kostenstellengruppe 10 (Labor)**

Lassen Sie Leistungen, die der Kostenstellengruppe 10 (Labor) zuzuordnen sind, extern erbringen?

bitte markieren (X)

nein	<input type="checkbox"/>
ja, vollständig	<input type="checkbox"/>
ja, teilweise	<input type="checkbox"/>

Bei teilweiser externer Leistungserbringung:

Leistungsbereich(e)

Kostenvolumen (€)

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

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

Bitte berücksichtigen Sie die Kostenstellen der Radiologie nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs (Anlage 6 PSY).

Kostenstelle (aussagekräftiger Name)	Leistungsdokumentation					
	Hauskatalog (bitte erläutern)	DKG-NT (x)	EBM (x)	GOÄ (x)	sonstige (bitte erläutern)	Besonderheiten (bitte erläutern)

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

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

**Externe Leistungserbringung / Fremdvergabe**

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

Bereiche	Umfang		Kostenvolumen (€) (ca.)	Anmerkungen (bitte erläutern)
	Vollständig (x)	Teilbereiche (x)		
Kardiologie				
Endoskopie				
Apotheke				
Externe Konsile				
sonstige				

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

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

**Ergänzende Angaben zur Regel- und Intensivbehandlung**

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

Bitte füllen Sie folgende Tabelle für alle Stationen aus, bei Bedarf kann die Tabelle durch das Anfügen zusätzlicher Zeilen verlängert werden.

Station (aussagekräftiger Name, Behandlungsschwerpunkt)	Eindeutige Zuordnung nach Psych-PV* (A; S; G; KJP; P)	Anzahl Betten	Regelbehandlung		Intensivbehandlung		Gesamtkosten						
			Summe Pflegetage	Summe Gewichtungspunkte**	Summe Pflegetage	Summe Gewichtungspunkte**	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst/ Erziehungsdienst	Psychologen	Sozialarbeiter/ Sozial-/Heil- pädagogen	Spezial- therapeuten	med.-techn. Dienst/Funk- tionsdienst	

\* Bitte tragen Sie folgende Zuordnung der Station zu einem Behandlungsbereich gem. Psych-PV nur ein, wenn **mehr als 95% der Pflegetage** auf dieser Station eindeutig diesem Behandlungsbereich zugeordnet werden. Sollten auf einer Station **weniger als 95% der Pflegetage** eindeutig einem Behandlungsbereich zugeordnet werden können, dann tragen Sie in dieses Feld bitte nichts ein.

- Folgende Zuordnungen sind möglich:**  
**A:** Allgemeinpsychiatrie  
**S:** Sucht  
**G:** Gerontopsychiatrie  
**KJP:** Kinder- und Jugendpsychiatrie  
**P:** Psychosomatik

\*\* Angabe von Minuten für Krankenhäuser, in denen die Methode LEP angewendet wird

Bitte erläutern Sie stichwortartig, anhand welcher Kriterien Pflegetage der Kostenstelle "Station - Intensivbehandlung" zugeordnet werden:

Bitte erläutern Sie stichwortartig Ihr Verfahren zur Verrechnung der Kosten auf die beiden Kostenstellen "Station - Regelbehandlung" und "Station - Intensivbehandlung":



**Ergänzende Angaben zur Personalkostenverrechnung**

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

Bitte markieren (x):

Kostenartengruppen		Differenzierung der Personalkosten VOR der Personalkostenverrechnung			gewähltes Verfahren für die Durchführung der Personalkostenverrechnung					Kostenvolumen in €
		Sammelkostenstellen (z.B. je Fachabteilung) (x)	Stationskostenstellen (oder Therapiebereiche) (x)	sonstiges (bitte erläutern) (x)	mitarbeiterbezogene Zeiterfassung (x)	Stellenplan- auswertung (x)	Dienstplan- auswertung (x)	Leistungs- statistiken (x)	Experten- schätzung (x)	
Ärztlicher Dienst	1									
Pflege- / Erziehungsdienst	2									
Psychologen	3a									
Sozialarbeiter / Sozial- / Heilpädagogen	3b									
Spezialtherapeuten	3c									
med.-techn. Dienst / Funktionsdienst	3									

Bitte erläutern Sie zwingend die von Ihnen gewählten Verfahren für die Durchführung der Personalkostenverrechnung. Stellen Sie sicher, dass Ihre Erläuterung die Punkte Kostenvolumen, Datengrundlage und Vorgehen (Stichworte) beinhaltet.

Erläuterung:



**Ergänzende Angaben zur innerbetrieblichen Leistungsverrechnung**

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

**IBLV-Verfahren**

gewähltes Verfahren bei Durchführung der IBLV			
Stufenleiter- verfahren (x)	Gleichungs- verfahren (x)	Anbau- verfahren (x)	sonstige Vorgehensweise (bitte erläutern)

**medizinische Infrastruktur**

Verrechnungsschlüssel und Kostenvolumen der Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur		
Name der Kostenstelle (aussagekräftiger Name, siehe rechts für Namen ausgewählter Kostenstellen)	Kostenvolumen vor Durchführung der IBLV und vor Abgrenzung nicht PSY-relevanter Kosten	verwendeter Schlüssel (vgl. Anlage 8 PSY des Kalkulationshandbuchs, siehe rechts für mögliche Schlüssel, weitere Schlüssel bitte erläutern)

Summe 0

**Achtung:** Das oben aufgeführten Feld füllt sich automatisch (Formel).

Abkürzungen für ausgewählte Schlüssel	
AG	Ausstattung-Geräte
AnzAS	Anzahl Anschlüsse
AnzBst	Anzahl Bestellungen
AnzBt	Anzahl aufbereitete Betten
AnzDok	Anzahl bearb. Dokumente
AnzLE	Anzahl Lagereinheiten
AnzTr	Anzahl Transporte
ASt	Arbeitsstunden
FZ	Fallzahl
Pat	betreute Patienten
primAD	primäre Personalkosten AD
primGK	primäre Gemeinkosten
primPD	primäre Personalkosten PD
primPK	primäre Personalkosten
primSK	primäre Sachkosten
PT	Pflegelage
StE	Sterilguteinheiten
VK	Vollkräfte
VKAD	Vollkräfte AD
VKPD	Vollkräfte PD
VM	Verbrauchsmenge

Ausgewählte Kostenstellen der medizinischen Infrastruktur
Apotheke
Apothekenlager
Archiv Patientenakten
Ärztliche Direktion
Bettzentrale
Desinfektion
Krankenhaushygiene
Krankenhausseelsorge
Krankentransporte
Medizinische Bibliothek
Medizinischer Schreibdienst
Medizinisches (Zentral-)Lager
Medizinisches Controlling
Medizintechnik
Patientenbetreuung
Pflegedienstleitung
Qualitätssicherung/-management
Sterilisation

