

Fragen zu den Krankenhausstatistiken ab 2018

Stand: 07.11.2025

Durch die neuen Erhebungsmerkmale und die neuen Erhebungswege in der Krankenhausstatistik ergeben sich unterschiedlichste Fragen. Mit Hilfe dieser Seite sollen diese Fragen gesammelt und einheitlich beantwortet werden.

Verschiedene Fragen sind nicht neu, tauchen aber im Rahmen der Neugestaltung wieder auf. Wir stellen in dieser Übersicht unsere Antworten zur Verfügung.

Sollten Anpassungen bei einzelnen Fragen notwendig sein, werden diese vorgenommen und der Punkt nochmals gekennzeichnet.

Ab dem **Berichtsjahr 2020** werden Teile der Satzart 1 (A), die Satzart 2 (B), die Satzart 6 (F) und die Diagnosedaten nach Standorten erhoben.

Die Standorte werden über die Standortnummer des Standortverzeichnisses der Selbstverwaltungspartner definiert.

COVID19-Fälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Frage: Wie sind COVID19-Fälle, die in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen als Akutfälle behandelt wurden, zu verarbeiten?

Diese Behandlungsfälle werden in den Grunddaten der Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen als normale Fälle erfasst, auch wenn es sich um Akutfälle handelt.

Im Rahmen der Diagnosestatistik für Einrichtungen mit mehr als 100 Betten sind diese Fälle mit der jeweiligen Hauptdiagnose nachzuweisen.

Zulassung des Krankenhauses

Frage: Ein Krankenhaus ist sowohl ein Plankrankenhaus als auch ein Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag. Welches Feld ist im IDEV-Formular in den „Allgemeinen Angaben“ anzukreuzen?

Auszug IDEV-Formular:

A Allgemeine Angaben

1 Zulassung des Krankenhauses Info

- ☐ Hochschulklinik
- ☐ Plankrankenhaus
- ☐ Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V
- ☐ Sonstiges Krankenhaus (ohne Versorgungsvertrag), das in keine der oben genannten Kategorien fällt

Diese Konstellation ist nach unserer Einschätzung sehr selten und auch nur eingeschränkt möglich: § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V „Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern“ besagt, dass bei den Hochschulkliniken die Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften, bei den Plankrankenhäusern die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als Abschluss des Versorgungsvertrages gilt. Deshalb kann es nicht zu der Situation kommen, dass neben einer Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 108 Nr. 2 SGB V nochmals ein Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 108 Nr. 3 SGB V erfolgt. Es gibt aber (z. B. im Bayerischen Krankenhausplan) Krankenhäuser, die sowohl ein „Plankrankenhaus“ als auch ein „Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag“ sind.

Antwort: In diesem Fall gilt, dass ein Krankenhaus, das im Krankenhausplan eines Bundeslandes aufgenommen ist, die Frage der Zulassung mit „**Plankrankenhaus**“ beantworten muss.

Ausbildungsplätze/Ausbildungsstätten/Auszubildende

Frage: Welche Ausbildungsplätze sind zu melden?

In unseren Erläuterungen haben wir ausgeführt: „Bitte geben Sie die Zahl der Ausbildungsplätze, die im Berichtsjahr zu besetzen sind, und die Anzahl der im Berichtsjahr NEU besetzten Ausbildungsplätze für die Berufe nach § 2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) an.“

Ziel der Frage ist es, die Ausbildungsleistung im Berichtsjahr abzubilden, also wie viele **neue** Ausbildungsplätze bietet das Haus im Berichtsjahr an und wie viele sind besetzt.

Im Prinzip die gleiche Fragestellung, die durch Meldungen der Bundesagentur für Arbeit beantwortet wird:

Im Jahr 2020 gab es „x“ Ausbildungsplätze und darunter waren „x“ besetzt. Dabei wird auch nicht berichtet, wie viele Auszubildende aus dem Jahr 2019 noch beschäftigt sind.

Werden Ausbildungsplätze mehrfach besetzt, um am Ausbildungsende evtl. „Abbrecher“ ausgleichen zu können, werden diese nicht gesondert nachgewiesen. Ein Ausbildungsplatz gilt als besetzt, wenn er mit einem oder mehr Auszubildenden besetzt ist.

Frage: Sind die Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege, bzw. in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege jetzt als Pflegefachmänner bzw. Pflegefachfrauen zu melden?

In dem am 1. Januar 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz (PflBG), sind die drei bisherigen Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem einheitlichen Ausbildungsberuf zusammengeführt.

Die Auszubildenden absolvieren eine **generalistische Ausbildung**, die in der Regel mit der Berufsbezeichnung **Pflegefachmann/Pflegefachfrau** abgeschlossen wird, es sei denn, der/die Auszubildende hat bereits im Ausbildungsvertrag einen **Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung/in der Kinderkrankenpflege** vereinbart oder er/sie hat von seinem/ihrem Wahlrecht für das dritte Ausbildungsjahr Gebrauch gemacht. In diesen Fällen kann die Ausbildung als „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-pflegerin absolviert und abgeschlossen werden.

Ist also ein **Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung/in der Kinderkrankenpflege** im Ausbildungsvertrag vereinbart, dann ist der Schlüssel „036“ sowohl in den ersten beiden Ausbildungsjahren als auch im dritten Jahr in der **Satzart 4** zu verwenden.

Im Rahmen der Angaben zur **Satzart 1** bei den am 31.12. des Berichtsjahres vorhandenen sowie im Berichtsjahr neu besetzten Ausbildungsplätzen gilt folgendes: Bietet und besetzt ein Krankenhaus Ausbildungsplätze mit dem Vertiefungseinsatz in der Kinderkrankenpflege, der schon zu Beginn der Ausbildung vereinbart ist, sind diese unter „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-pflegerinnen“ zu führen. Nicht nachgewiesen werden Vertiefungseinsätze, die erst im 3. Lehrjahr vereinbart werden.

Frage: Wie sind Auszubildende zum/zur Anästhesietechnischen Assistenten/Assistentin und zum/zur Operationstechnischen Assistenten/Assistentin zu melden?

Das am 1. Januar 2022 in Kraft getretene „Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz“ (ATA-OTA-G) ergänzt die Liste der Ausbildungsberufe nach § 2 Nummer 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

Frage: Wie werden Auszubildende, die im Rahmen von Krankenhauspartnerschaften einrichtungsübergreifend eingesetzt werden, in den Grunddaten gemeldet?

Die Einrichtung, mit der der Ausbildungsvertrag abgeschlossen wurde, nimmt die Meldung in Satzart 1 (und Satzart 4) vor. Dabei ist unerheblich, in welchem Krankenhaus die/der Auszubildende zum Stichtag am 31.12. eingesetzt war.

Frage: Wie werden Auszubildende bei Krankenhäusern mit Ausbildungskooperation in den Grunddaten korrekt gemeldet?

Dort, wo sich die Schule befindet, werden für alle dazugehörenden Einrichtungen (nicht nur der eigenen Einrichtung) sämtliche im Berichtsjahr angebotenen und NEU besetzten **Ausbildungsplätze** (Satzart 1) gemeldet.

Die Meldung der Auszubildenden (**Personen**) in Satzart 4 erfolgt durch die Einrichtung, mit der der Ausbildungs-/Arbeitsvertrag geschlossen wurde.

Frage: Welchem Beruf werden Pflegestudenten in der Satzart 4 zugeordnet?

Die Pflegestudenten machen im Rahmen eines Dualen Studiums eine Pflegeausbildung. Ihr Abschluss ist danach "Pflegefachmann/Pflegefachfrau mit dem entsprechenden akademischen Grad" der Universität.

Gem. Teil 3 Hochschulische Pflegeausbildung (§§ 37, 38, 38a, 38b, 39 39a) des Gesetzes über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG) ist das ein weiterer Weg dieser Ausbildung. Die Studenten schließen einen entsprechenden Vertrag mit den Trägern der praktischen Ausbildung, in diesem Fall das jeweilige Krankenhaus. Dieser Ausbildungsweg wird ebenfalls über das Pflegebudget finanziert.

Ab dem Berichtsjahr 2025 Erfassung unter Berufsschlüssel:

- 060 - Studenten/-innen zu Pflegefachmännern/-frauen gem. § 37 ff. Pflegeberufegesetz (duales Studium)

Ambulante Leistungen und ambulante Einrichtungen

HINWEIS: Umgang mit stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen gem. § 115d SGB V

Nach Rücksprachen mit der DKG sind diese Behandlungen nicht als ambulante Behandlungen anzusehen und auch dort nicht zu melden. Das führt zu einer Verzerrung der ambulanten Leistungen.

Ergänzende Erläuterung: Stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen sind sektorübergreifende Behandlungen (d.h. eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld des Patienten in Form einer Mischung aus stationärer und ambulanter Behandlung). Sie werden deshalb weder bei den ambulanten noch bei den stationären Behandlungen in der Krankenhausstatistik erfasst.

HINWEIS: Ergänzung bei Ambulanten Krankenhausleistungen gem. § 118 SGB V

Die Psychosomatische Institutsambulanz (PsIA) ist in § 118 Abs. 3 SGB V definiert. Hat ein Krankenhaus sowohl eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) als auch eine PsIA, sind die Angaben aufzusummieren und als ambulante Krankenhausleistung nach § 118 SGB V anzugeben.

Frage: Wie sind ambulante Leistungen, die nicht in den Erhebungsunterlagen aufgeführt sind, zu melden?

Grundsätzlich gilt, dass alle ambulanten Leistungen, die vom Krankenhaus, von ermächtigten Praxen/Ärzten oder von Belegärzten am Krankenhaus durchgeführt wurden und die nicht unter die aufgeführten Leistungen fallen, als **sonstige ambulante Leistungen** oder **sonstige ambulante Operationen** zu melden sind.

Die für gesetzlich Krankenversicherte erbrachten ambulanten Krankenhausleistungen sind einzeln mit Bezeichnung der jeweiligen Rechtsgrundlage (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, SGB V) aufgeführt. Rechtsgrundlage für die Leistungen der **Heilmittelambulanz** ist **§ 124 Abs. 5 SGB V** (nicht § 124 Abs. 3). Die Berichtigung der Erhebungsunterlagen ist für 2023 vorgemerkt. Die diesen ambulanten Krankenhausleistungen entsprechenden Leistungen für NICHT gesetzlich Krankenversicherte (z. B. für Selbstzahler) sind in den Zeilen „SONSTIGE ambulante Leistungen“ und „SONSTIGE ambulante Operationen“ einzutragen.

Folgende (bisher bei uns nachgefragte) Behandlungen fallen nicht unter die nachzuweisenden Leistungen:

- KBV-Notfallpraxis, die räumlich am Krankenhaus angesiedelt ist
- Gutachten, bei dem kein Patient anwesend ist (Gutachten nach Aktenlage)

Arzneimittelversorgung

Frage: Müssen Angaben zur Arzneimittelversorgung gemacht werden?

Bei den Angaben zur Arzneimittelversorgung **muss** eine Auswahl getroffen werden. Fehlt eine Angabe, wird ein Fehler angezeigt.

Geburten

Frage: Wann muss ein bei der Geburt gestorbener Säugling als Totgeburt oder als Fehlgeburt angegeben werden?

Für die Krankenhausstatistik ist die Beurkundung entscheidend bei der Frage, ob es sich um eine Totgeburt oder eine Fehlgeburt handelt. Da der Beurkundung die Personenstandsverordnung zu Grunde liegt, gelten diese Regeln auch für die Krankenhausstatistik. Im Dezember 2018 ist eine geänderte Personenstandsverordnung (PStV) in Kraft getreten. Danach gilt als Totgeburt auch ein Kind, dessen Gewicht unter 500 Gramm beträgt, aber das die 24. Schwangerschaftswoche erreicht hat.

Notfallversorgung

Frage: Ist eine Angabe zur speziellen Notfallversorgung ohne Teilnahme an der allgemeinen Notfallversorgung möglich?

Die Teilnahme an der allgemeinen Notfallversorgung ist **keine** Vorbedingung für die Teilnahme an der speziellen Notfallversorgung. Angaben zu einem Modul der speziellen Notfallversorgung sind möglich, auch wenn das Krankenhaus nicht an der allgemeinen Notfallversorgung teilnimmt.

Aufgestellte Betten (Jahresdurchschnitt)

Frage: Welche Betten sind als aufgestellte Betten zu melden?

Sowohl in SA1 (A) (Allgemeine Angaben) als auch in SA2 (B) (Krankenbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung) sind dies alle Betten des Krankenhauses, die zur vollstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten bestimmt sind. Betten zur teilstationären oder ambulanten Unterbringung, Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen sowie Betten für gesunde Neugeborene werden nicht einbezogen. Die Zahl der aufgestellten Betten wird als Jahresdurchschnittswert der an den Monatsenden vorhandenen Betten ermittelt. Die Zählung der Betten erfolgt unabhängig von deren Förderung und ungeachtet des vorhandenen Personals.

Intermediate Care (IMC)

Frage: Was unterscheidet diesen Behandlungsbereich von einer Normal-/einer Intensivstation?

Die DIVI (Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin) beschreibt eine Intermediate Care Station (IMC) als „... eine Station, auf der Patienten behandelt werden, die einerseits nicht der Möglichkeiten einer Intensivtherapiestation (ITS) bedürfen und die andererseits für eine Behandlung auf einer Normalpflegestation (NPS) zu krank oder zu pflegeaufwändig sind. ...“

Die vollständige Veröffentlichung der „Empfehlungen zur Struktur von IMC Stationen“ finden Sie unter <https://www.divi.de/sektionen/qualitaet-und-oekonomie-in-der-intensivmedizin>

Übergangspflege (§ 39e SGB V)

Frage: Wie ist die Übergangspflege gem. § 39e SGB V zu berücksichtigen?

Die Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V ist als eigenständiger Leistungsbereich definiert und nicht Bestandteil der Krankenhausbehandlung. Sie wird ausschließlich nachrangig zu den Leistungen der Anschlussversorgung erbracht und ist eine versorgungssichernde Ersatzvornahme. Die Übergangspflege wird deshalb in der Krankenhausstatistik NICHT nachgewiesen. Eine Überleitung der Patientin/des Patienten in die Übergangspflege ist im Rahmen der

Patientenbewegung in Teil B der Erhebung als Entlassung aus der vollstationären Behandlung des Krankenhauses zu zählen.

Hybridfallpauschalen

Frage: Wie werden die Hybrid-DRG-Behandlungsfällen in der Krankenhausstatistik verarbeitet?
Kein Nachweis von Hybrid-DRG-Behandlungsfällen im Berichtsjahr in den Grunddaten und den Diagnosedaten

Hybrid-DRG-Behandlungsfälle nach § 115f SGB V sollen in der Krankenhausstatistik - sowohl in den Grunddaten der Krankenhäuser (Fragebogen B/Satzart 2) als auch in den Diagnosedaten - **NICHT** nachgewiesen werden.

Diese Behandlungen für eine spezielle Auswahl von Eingriffen und Operationen, die auf der Basis der neuen Hybrid-DRGs abgerechnet werden, können sowohl vollstationär als auch ambulant durchgeführt werden.

Der Gesetzgeber will dadurch erreichen, dass bisher stationär erbrachte Leistungen häufiger ambulant durchgeführt werden.

Das sind beispielsweise bestimmte Hernien-Eingriffe, die Entfernung von Harnleitersteinen oder die Versteifung der Zehengelenke. Eine entsprechende Selektion der vollstationären Hybrid-DRG-Behandlungsfälle ist durch die Krankenhäuser jedoch nicht möglich. Wir gehen davon aus, dass der überwiegende Teil u.a. aufgrund des geringen klinischen Komplexitätsgrads diese Fälle ambulant durchgeführt werden. Deshalb sollen diese Fälle **nicht** bei den stationären Fällen der Krankenhausstatistik nachgewiesen werden.

Frage: Sind die Erlöse aus den Hybrid-DRG-Behandlungsfällen im Kostennachweis zu berücksichtigen?

Wie zuvor geschildert, gehen wir davon aus, dass Hybrid-DRGs überwiegend ambulant erbracht werden.

Insofern sollten diese auch analog zu den ambulanten Leistungen im Kostennachweis verarbeitet und bei den Abzügen berücksichtigt werden:

Die Erlöse aus den Hybridpauschalen sollen bei den Sonstigen Abzügen erfasst werden.

Interne Verlegungen

Frage: Wie ist mit internen Verlegungen über sog. „Lotsenabteilungen“ umzugehen?

Die „Zentrale Notaufnahme“, in der die Erstaufnahme erfolgt, kann als „Lotsenabteilung“ fungieren, von der aus die Patientinnen und Patienten auf weiterbehandelnde Fachabteilungen verteilt werden.

Frage: Wie ist mit Verlegungen zwischen einzelnen Standorten eines Krankenhauses ab dem Berichtsjahr 2020 in der Satzart 2 umzugehen?

Diese Verlegungen sind grundsätzlich als **interne** Verlegungen zu behandeln. Nur wenn der Patient/-in das „Gesamtkrankenhaus“ (Krankenhausnummer/IK) verlässt, ist es keine interne Verlegung.

Hier gibt es zwei Varianten:

- **Verlegung von Standort 1 in Standort 2 MIT Wechsel der Fachabteilung:** Beispiel:
Standort 1 Chirurgie: Patientenabgang durch interne Verlegung
Standort 2 Innere Medizin: Patientenzugang durch interne Verlegung
- **Verlegung von Standort 1 in Standort 2 OHNE Wechsel der Fachabteilung:** Beispiel:
Standort 1 Chirurgie: Patientenabgang durch interne Verlegung
Standort 2 Chirurgie: Patientenzugang durch interne Verlegung

Personal – Ermittlung der Kopfzahl am 31.12. des Berichtsjahres

Frage: Wie werden Unterbrechungszeiten bei den Kopfzahlen am 31.12. berücksichtigt?

Liegt am Erhebungsstichtag 31.12. eine Unterbrechung des Beschäftigungsverhältnisses vor, z. B. wegen

- Mutterschutz (6 Wochen vor und 8 Wochen nach Entbindung),
- Arbeitsunfähigkeit außerhalb der Lohnfortzahlung,
- Urlaub ohne Bezüge,
- Freistellungsphase während der Altersteilzeit
- Bezug von Kurzarbeitergeld bei Reduzierung der Arbeitszeit auf „Null“

wird die/der Beschäftigte nicht in die Ermittlung der Kopfzahl einbezogen.

Personal – Ermittlung der Vollkräfte

Frage: Wie werden die Vollkräfte für das abgelaufene Kalenderjahr ermittelt?

Als Vollkräfte werden die auf volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten bezeichnet. Grundsätzlich werden nur diejenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Vollkräfte umgerechnet, die dem Krankenhaus Kosten verursachen.

Personal, das zwar im Stellenplan formal über einen Arbeitsplatz verfügt, diesen aus unterschiedlichen Gründen aber während des abgelaufenen Kalenderjahres vorübergehend nicht besetzt ("**Unterbrechungszeiten**") und keine Kosten verursacht hat, wird nicht nachgewiesen.

Im Einzelnen gelten für die **Umrechnung von Personal mit Unterbrechungszeiten** in Vollkräfte folgende Regelungen:

1. Sonderurlaub ohne Fortzahlung der Bezüge/nach Erziehungsurlaub

Für die Dauer des Sonderurlaubs werden die Mitarbeiter/-innen nicht in die Berechnung der Vollkräfte einbezogen.

2. Mutterschutz/Beschäftigungsverbot Mutterschutz

Mitarbeiterinnen im Mutterschutz werden 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Entbindung durch das Krankenhaus bezahlt und deshalb auch für diese Zeit der Arbeitsunterbrechung auf Vollkräfte umgerechnet nachgewiesen.

3. Arbeitsunfähigkeit außerhalb der Lohnfortzahlung

Mitarbeiter/-innen werden nicht in der Statistik nachgewiesen.

4. Unbezahlter Urlaub

Mitarbeiter/-innen werden nicht in der Statistik nachgewiesen.

5. Erwerbsminderungsrente

Mitarbeiter/-innen werden nicht in der Statistik nachgewiesen.

6. Aussteuerung aus der Krankenkasse

Mitarbeiter/-innen werden nicht in der Statistik nachgewiesen.

7. Altersteilzeit

Arbeitnehmer/-innen in Altersteilzeit sind — abhängig von der gewählten Arbeitszeitverteilung — entsprechend dem jeweiligen Beschäftigungsumfang in Vollkräfte umzurechnen. Beschäftigte, die sich für die Altersteilzeit im sog. Blockmodell entschieden haben, sind während der Freistellungsphase bei der Umrechnung in Vollkräfte nicht zu berücksichtigen (obwohl dem Krankenhaus in der Freistellungs-phase anteilige Personalkosten entstehen).

8. Bezug von Kurzarbeitergeld Mitarbeiter/-innen in Kurzarbeit sind entsprechend der reduzierten Arbeitszeit in Vollkräfte umzurechnen. Für die Zeit einer vorübergehenden Reduzierung der Arbeitszeit auf „Null“ werden die Mitarbeiter/-innen nicht in der Statistik nachgewiesen.

Frage: Wird „Bereitschaftsdienst“ in der Ermittlung der Zahl der Vollkräfte einbezogen?

Bis einschließlich 2017 hieß es hierzu: „... Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung einbezogen.“ Seit 2018 gilt folgendes:

„Bereitschaftsdienst“ beschreibt die Zeitspanne, in der sich ein Arbeitnehmer für die Zwecke des Betriebes oder der Dienststelle an einem bestimmten Ort inner- oder außerhalb des Unternehmens aufhalten muss. Vertragliche Grundlage für den Bereitschaftsdienst ist ein Arbeitsvertrag.

Der Dienst ist normale Arbeitszeit im Sinne des Arbeitszeitgesetzes

(Quelle: <https://www.arbeitsrechte.de/bereitschaftsdienst/>) und wird deshalb bei der Ermittlung in die Zahl der Vollkräfte einbezogen.

Frage: Wird bei der Berechnung der Vollkräfte eine genormte Wochenarbeitszeit wie bei der Übermittlung der Daten an das InEK zugrunde gelegt?

Für die Berechnung der Vollkräfte in der Krankenhausstatistik ist jeweils die tariflich vereinbarte Arbeitszeit ausschlaggebend. Eine „genormte Wochenarbeitszeit“, wie sie in der „Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG“ an das InEK für die Ermittlung vergleichbarer Zahlen für Vollkräfte definiert ist, gibt es in der Krankenhausstatistik nicht.

Frage: Müssen für das Personal der Ausbildungsstätten Angaben zu Vollkräften gemacht werden?

Für das Personal der Ausbildungsstätten (Funktionsbereich Schlüssel 970) sind keine Angaben zu Vollkräften zu machen; auch darf das Personal der Ausbildungsstätten nicht dem „Sonstigen Personal“ (Funktionsbereich Schlüssel 900) hinzugerechnet werden.

Frage: Mit welchem Faktor fließen Schüler/Schülerinnen in die Vollkräfteberechnung ein?

Schüler/Schülerinnen und Auszubildende in ausgewählten Berufen werden (nur) anteilig in die Vollkräfteberechnung einbezogen.

In Pflegeberufen findet § 27 Pflegeberufegesetz (PflBG) Anwendung, in der Krankenpflegehilfe § 17a KHG 10.

§ 27 Pflegeberufegesetz (PflBG)	§ 17a KHG
(2) Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die nach Teil 2 dieses Gesetzes in der Pflege ausgebildet werden, in Krankenhäusern und in stationären Pflegeeinrichtungen im Verhältnis 9,5 zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Pflegefachkraft anzurechnen; bei ambulanten Pflegeeinrichtungen erfolgt eine Anrechnung im Verhältnis von 14 zu 1. Die Anrechnung nach Satz 1 erfolgt nicht für Personen im ersten Ausbildungsdrittel.	(1) Die Kosten der in § 2 Nummer 1a Buchstabe a, b und d bis n genannten mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten, die Ausbildungsvergütungen für die in § 2 Nummer 1a genannten Berufe und die Mehrkosten des Krankenhauses infolge der Ausbildung sind nach Maßgabe der folgenden Vorschriften durch Zuschläge zu finanzieren, soweit diese Kosten nach diesem Gesetz zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind (Ausbildungskosten); der von dem jeweiligen Land finanzierte Teil der Ausbildungskosten ist in Abzug zu bringen. Abweichend von Satz 1 sind bei einer Anrechnung nach Satz 3 nur die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen zu finanzieren. Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, nach dem ersten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person nach Teil 2 des Pflegeberufegesetzes anzurechnen.

Der Vollkräfteermittlung sind **pauschal** folgende Umrechnungsfaktoren zugrunde zu legen

- Pflegefachfrau/Pflegefachmann: 9,5 zu 1
- Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/-innen: 9,5 zu 1
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschüler/-innen: 9,5 zu 1,
- Altenpflegeschüler/-innen: 9,5 zu 1,
- Schüler/Schülerinnen in der Krankenpflegehilfe: 6 zu 1

Alle anderen Schüler/Schülerinnen und Auszubildenden (ab 2023 auch die Auszubildenden zum/zur Anästhesietechnischen Assistenten/Assistentin und zum/zur Operationstechnischen Assistenten/Assistentin) fließen 1 zu 1 in die Ermittlung der Vollkräfte ein.

Der **Verzicht auf eine Differenzierung nach Ausbildungsabschnitten** (im ersten Ausbildungsdrittel bzw. im ersten Jahr der Ausbildung abweichend von der restlichen Ausbildungszeit) und stattdessen die Anwendung des jeweiligen Umrechnungsfaktors pauschal auf alle Auszubildenden, unabhängig vom jeweiligen Ausbildungsabschnitt, soll den Aufwand zur Ermittlung der Vollkräfte für die Auskunftspflichtigen so gering wie möglich halten.

Hinweis: Die Ausbildung in der Krankenpflegehilfe ist in landesgesetzlichen Vorschriften geregelt.

Deshalb variiert etwa die Ausbildungsdauer je nach Bundesland. In Nordrhein-Westfalen z.B. liegt die Ausbildungsdauer zwischen 1 und 4 Jahren (Vollzeit/Teilzeit).

Vollkräftenachweis des Pflegedienstes

Der Nachweis von Vollkräften nach Fachabteilungen bezieht sich nach § 3 Nr. 13 KHStatV ausschließlich auf nichtärztliches Personal im Pflegedienst:

„...ärztliches Personal und nichtärztliches Personal umgerechnet auf Vollkräfte, bei ärztlichem Personal gegliedert nach Gebiets- und Teilgebietsbezeichnung, bei nichtärztlichem Personal gegliedert nach Funktionsbereich, **im Pflegedienst** auch nach Berufsbezeichnung, Art der abgeschlossenen Weiterbildung und Fachabteilung; hauptamtliches Personal und Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung sind gesondert auszuweisen“.

Das heißt, dass nur Personal, das im Funktionsbereich „000“ tätig ist, Fachabteilungen zuzuordnen ist.

Die Summe der Angaben zu den Pflegevollkräften (mit direktem Beschäftigungsverhältnis und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis) in SA 5 Abschnitt 3.1 Berufe im Pflegedienst, Zeile insgesamt muss mit den Angaben zu den Vollkräften (mit direktem Beschäftigungsverhältnis und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis) in SA 5 Abschnitt 2 für den Funktionsbereich „000 Pflegedienst“ übereinstimmen.

Frage: Was versteht man unter einer abgeschlossenen Weiterbildung in einem Pflegeberuf?

Die Liste ausgewählter Weiterbildungen in Pflegeberufen basiert auf den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG e. V.) zur pflegerischen Weiterbildung und benennt Weiterbildungen, die für den Bereich der stationären Gesundheitsversorgung (in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) charakteristisch sind.

Die Zuordnung zur Rubrik „sonstige Weiterbildung“ muss erfolgen, wenn eine Pflegekraft eine Weiterbildung abgeschlossen hat, die in der Liste ausgewählter Weiterbildungen in Pflegeberufen zwar nicht ausdrücklich genannt ist, für die aber eine Ausbildung in einem Pflegeberuf Voraussetzung ist. Dauer und/oder Wertigkeit der Weiterbildung spielen keine Rolle.

Frage: Welcher Fachabteilung ist eine Pflegekraft bei interdisziplinärer oder übergeordneter Tätigkeit zuzuordnen?

Bei einer **interdisziplinären** Tätigkeit einer Pflegekraft in mehreren Fachabteilungen sollte eine Aufteilung anhand der Berechnungs- und Belegungstage (KH) bzw. der Pfl egetage (VR) vorgenommen werden.

Beispiel: Eine Vollkraft arbeitet 70% in der Inneren Medizin und 30% in der Chirurgie. Es erfolgt der Nachweis mit 0,7 VK in der Inneren Medizin und 0,3 VK in der Chirurgie. Eine komplette Zuordnung zu der überwiegenden Fachabteilung könnte im Extremfall dazu führen, dass in einzelnen Fachabteilungen niemand nachgewiesen wird.

Frage: Welcher Fachabteilung ist eine Pflegekraft zuzuordnen, wenn keine eindeutige Zuordnung zu einer Fachabteilung möglich ist?

Ist **keine eindeutige** Zuordnung zu einer oder mehreren Fachabteilungen möglich, wie beispielsweise bei der Pflegedirektion, Praxisanleitern oder Anerkennungspraktikanten, sollte der Fachabteilungsschlüssel „3700 - Sonstige Fachabteilung“ verwendet werden.

Frage: Wie werden Hebammen in Kreißsälen in der SA 5C/Fragebogen E3 berücksichtigt

Ab dem Berichtsjahr 2024 wurde der Nachweis der Pflegeberufe in der SA5c/E3 an die Meldung der Krankenhäuser zum Pflegebudget angepasst.

Berichtsjahr 2025: Hebammen werden getrennt nach ihrem Einsatzort erfasst (bettenführende Station und Kreißsäle). Die Erfassung der Hebammen in den Kreißsälen erfolgt nachrichtlich.

Bestätigung von gemeldeten Personaldaten an Auskunftspflichtige

Frage: Ist eine (Rück-)Bestätigung der abgegebenen Personaldaten möglich?

Eine Bestätigung der abgegebenen Personaldaten durch das Statistische Landesamt verstößt gegen das **Rückübermittlungsverbot** der Statistik und ist deshalb nicht möglich.

Nach der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zur **Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung** kommen folgende zulässige und geeignete Nachweise in Betracht:

"Als geeignete Nachweise gelten insbesondere die **Meldung** des Krankenhauses nach der Krankenhausstatistik 2024 an das Statistische Landesamt, der **Stellenplan** laut Jahresabschluss 2024 oder eine **entsprechend der Meldung** an das Statistische Landesamt differenzierte Aufstellung des Krankenhauses mit Unterschrift des Wirtschaftsprüfers oder des Krankenhausvorstandes/der Geschäftsführung."

Personalnachweis in Einrichtungen, die sowohl Krankenhaus als auch Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sind

Frage: Die Einrichtung ist sowohl ein Krankenhaus als auch eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. Wie muss hier das Personal verteilt werden?

Maßgeblich für die Zuordnung des Personals zu einzelnen Einrichtungen sind die Arbeitsverträge. Im Idealfall sind Art und Umfang des Einsatzes vertraglich geregelt. Dementsprechend muss dann gemeldet werden.

Ist die Zuordnung nicht vertraglich geregelt sollte wie folgt vorgegangen werden:

- **Kopfzahlen**

Für die Verteilung der Kopfzahlen muss eine Schätzung vorgenommen werden. Ein Anhaltspunkt für den Verteilschlüssel können die Berechnungs- und Belegungstage in den entsprechenden Einrichtungsteilen sein. Es sollte in beiden Einrichtungsteilen Personal gemeldet werden. Das bedeutet in der Umsetzung, dass bestimmte Personen einer bestimmten Einrichtung zugeordnet werden müssen.

- **Vollkräfte**

Die Aufteilung der Vollkräfte muss ebenfalls geschätzt werden. Auch hier können die Berechnungs- und Belegungstage als Anhaltspunkt dienen.

Personal in Ambulanzen

Frage: Sind auch zu dem in Ambulanzen tätigen Personal Angaben zu machen, oder beziehen sich die Angaben nur auf den voll- und teilstationären Bereich?

Welche Arbeitsstunden/welcher Beschäftigungsumfang ist anzugeben: nur Stellenanteile, die für den teil- und vollstationären Bereich anfallen oder inklusive Ambulanz-Anteil?

Das in einer Ambulanz tätige Personal ist in der Meldung zu den **Krankenhausgrunddaten** zu berücksichtigen, soweit es einen Vertrag mit dem Krankenhaus hat. Eine Differenzierung nach Stellenanteilen, die für unterschiedliche Beschäftigungsbereiche (vollstationär/teilstationär/ambulant) anfallen, findet nicht statt.

Durch das im **Kostennachweis** angewandte Bruttoprinzip werden die Abzüge (z. B. für Ambulanz) von den Gesamtkosten und nicht bei einzelnen Konten vorgenommen. Deshalb sind die angefallenen Personalkosten (für Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis) oder die Sachkosten (für Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis) ohne Differenzierung nach Stellenanteilen für unterschiedliche Beschäftigungsbereiche zu melden.

Nichtärztlichen Personal in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Einteilung zu den Funktionsbereichen

Frage: Wie ist das Personal in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu den Funktionsbereichen einzuteilen? Konkreter Fall: Lehrer und Erzieher in Mutter-Kindeinrichtungen.

Grundsätzlich gilt, dass das Personal gem. der KHBV in den Funktionsbereich einsortiert werden soll, aus dem dieses bezahlt wird. Wenn bei Einrichtungen wie bspw. Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen die KHBV nicht zugrunde gelegt werden kann, sollte das Personal entsprechend den passenden Funktionsbereichen zugeordnet werden, so dass nicht alles in den Bereich des „sonstigen Personals“ ein-sortiert werden. Als Anhaltspunkt kann dienen, wie die einzelnen Berufsgruppen bspw. in einem Krankenhaus zugeordnet werden. Im konkreten Fall sollten Lehrer und Erzieher dem Funktionsdienst zugeordnet werden, da auch eine gewisse Nähe des Berufs zu Beschäftigungs- Arbeits- und Ergotherapeuten besteht.

Allerdings kann keine feste Zuordnung für alle gleichermaßen vorgenommen werden, da unsere Erhebung feststellen möchte, welche unterschiedlichen Berufe in den verschiedenen Funktionsbereichen tätig sind.

Assistenzarzt

Frage: Was versteht man unter der Berufsbezeichnung „Assistenzarzt“?

Lt. WIKIPEDIA ist ein Assistenzarzt ein approbierter Arzt ohne leitende Funktion. (...) Assistenzarzt wird auch als Bezeichnung für einen Arzt genutzt, der seine Facharztweiterbildung bereits abgeschlossen hat, im Krankenhaus aber nicht als Ober- oder Chefarzt angestellt ist.

Das bedeutet, dass die Bezeichnung „Assistenzarzt“ vor allem als hierarchische Funktion im Nachweis der Krankenhausstatistik zu sehen ist. Alle Ärzte, die keine leitenden Ärzte und keine Oberärzte sind, sind Assistenzärzte. Diese werden nach ihrem Weiterbildungsgrad differenziert: „ohne Weiterbildung“, „in einer ersten Weiterbildung“ oder mit „abgeschlossener Weiterbildung“. Assistenzärzte ohne Weiterbildung und Assistenzärzte in einer ersten Weiterbildung sind der Facharzt-/Schwerpunkt-kompetenz „000 Ohne Facharzt-/Schwerpunktkompetenz“ zuzuordnen.

Facharzt-/Schwerpunktkompetenz

Die im Berichtsjahr zugrundeliegende (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer ist in den Erhebungsinstrumenten (IDEV-Formularen, Informationsfragebogen) konkret bezeichnet. Ausschließlich die dort genannten Facharzt-/Schwerpunktkompetenzen können dem im Berichtsjahr vorhandenen ärztlichen Personal zugeordnet werden.

Zusatz-Weiterbildungen (z. B. „Notfallmedizin“ oder „Handchirurgie“) sind für die amtliche Krankenhausstatistik unerheblich.

Ausländische Ärzte ohne Approbation

Frage: Wie werden ausländische Ärzte ohne Approbation in der Krankenhausstatistik behandelt?

Bei ausländischen Ärzten ohne Approbation muss zwischen denjenigen, die eine Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung (BÄO) und denjenigen, die keine solche Berufserlaubnis haben, unterschieden werden.

Während die ärztliche Approbation zur uneingeschränkten Ausübung der Heilkunde berechtigt, handelt es sich bei der Berufserlaubnis nach § 10 BÄO um eine vorübergehende oder auf bestimmte Tätigkeiten beschränkte Erlaubnis (nachfolgend nur „Berufserlaubnis“).

Gemäß § 2a BÄO dürfen die Berufsbezeichnung "Arzt" oder "Ärztin" auch Inhaber einer Berufserlaubnis führen. Zudem ist in § 10 Abs. 6 BÄO geregelt, dass Personen mit Berufserlaubnis die Rechte und Pflichten eines Arztes haben, auch wenn sie in der Berufspraxis oft unter Anleitung und Aufsicht durch approbierte Ärzte tätig sind.

Die Anerkennung bereits im Ausland abgeschlossener Weiterbildungen erfolgt durch die Landesärztekammern. Deren Anerkennung wird berufsrechtlich jedoch erst mit Erteilung der Approbation relevant.

Für die Meldung der Facharzt-/Schwerpunktkompetenz sind im Ausland abgeschlossene Weiterbildungen somit aus unserer Sicht nicht zu berücksichtigen – unabhängig davon, ob diese bereits anerkannt wurden oder nicht – solange keine Approbation vorliegt.

- Ausländischen Ärzten ohne Approbation aber mit Berufserlaubnis, die keine deutsche Weiterbildung begonnen haben, würde hinsichtlich der Funktionsbezeichnung Schlüsselnummer

05 „Assistenzarzt/-ärztin - ohne Weiterbildung“ zuordnen werden; Schlüssel für Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen entsprechend der Erhebungsunterlagen (hier „000“).

- Ausländischen Ärzten ohne Approbation aber mit Berufserlaubnis, die eine deutsche Weiterbildung begonnen haben, würde hinsichtlich der Funktionsbezeichnung Schlüsselnummer 04 „Assistenzarzt/-ärztin - erste Weiterbildung“ zuordnen werden; Schlüssel für Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen entsprechend der Erhebungsunterlagen.
- Bei ausländischen Ärzten ohne Approbation und ohne Berufserlaubnis handelt es sich nicht um Ärzte im Sinne der BÄO, weswegen hier in Abhängigkeit von der konkreten Tätigkeit die Zuordnung eines Schlüssels des nichtärztlichen Personals zutreffend wäre.

Geburtsjahr, Beschäftigungsumfang, Arbeitsstunden und Geschlecht bei Belegkräften (Belegärzte, von Belegärzten angestellte Ärzte und Beleghebammen)

Es müssen keine Angaben zu Geburtsjahr, Beschäftigungsumfang und Arbeitsstunden gemacht werden.

Berufsbezeichnung beim nichtärztlichen Personal

Frage: Welchem Funktionsbereich sind Personen zuzuordnen, die Dienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leisten („Bufdies“), die ein Freiwilliges Soziales Jahr leisten und Famuli?

Diese Personen sind entsprechend der zugrundeliegenden Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) dem Funktionsbereich „Sonstiges Personal“ (Schlüssel „900“) zuzuordnen, soweit sie **nicht** auf den Stellenplan einzelner Dienststellen angerechnet werden.

Frage: Welche Berufsabschlüsse fallen unter die Berufsbezeichnung/-abschluss „Akademischer Pflegeabschluss“?

Der Schlüssel „006 Akademischer Pflegeabschluss“ ist für diejenigen Beschäftigten im nichtärztlichen Dienst anzugeben, die einen Bachelor- oder Masterabschluss in einem pflegewissenschaftlichen Studiengang haben.

Frage: Welche Auswirkungen hat das MTA-Reformgesetz auf die Meldung von Personal in medizinisch-technischen Berufen?

Das am 1. Januar 2023 in Kraft getretene „Gesetz zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin“ (MTA-Reformgesetz) dient der zeitgemäßen attraktiven Ausrichtung und zukunftsorientierten Weiterentwicklung der Ausbildungen der Berufe in der medizinischen Technologie. Die bisherigen Berufsbezeichnungen Medizinisch-technischer Assistent/Medizinisch-technische Assistentin in der Funktionsdiagnostik, Medizinisch-technischer Assistent/Medizinisch-technische

Assistentin im Laboratorium und Medizinisch-technischer Radiologieassistent/Medizinisch-technische Radiologieassistentin werden ersetzt durch die Berufsbezeichnung Medizinischer Technologe/Medizinische Technologin im jeweiligen Beruf (für Funktionsdiagnostik/Laboratoriumsanalytik/Radiologie).

Frage: Welcher Berufsbezeichnung/-abschluss wird Personal bei im Ausland abgeschlossener Pflege-ausbildung zugeordnet?

- Berichtsjahr 2020:
Die Anerkennung in Deutschland setzt bei einer im Ausland abgeschlossenen Pflegeausbildung voraus, dass eine entsprechende Anerkennung vorliegt
(<https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/gesundheitsberufe.php>).
Solange diese Anerkennung nicht vorliegt, ist nur eine Zuordnung zum Schlüssel „042“ (sonstiger anerkannter Berufsabschluss) möglich.
- Berichtsjahr 2021:
Im Rahmen der Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) vom 18.12.2020 wird festgelegt, dass ausländische Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren zu den Berufen gezählt werden, in denen das Anerkennungsverfahren läuft. Das bedeutet, dass sie auch im Rahmen der Krankenhausstatistik entsprechend zugeordnet werden sollten.

Frage: Welcher Schlüssel ist für Beschäftigte mit der Qualifikation „Bachelor-Abschluss zum/zur Optometristen/-in“ zu wählen?

Für im nichtärztlichen Dienst Beschäftigte mit der Qualifikation „Bachelor-Abschluss zum/zur Optometristen/-in“ ist als Berufsbezeichnung/Berufsabschluss der Schlüssel „022“ („Orthoptist/-in“) zu verwenden. Wir sehen eine sachliche Nähe von Optometrie (Tätigkeitsfeld, das sich mit der Korrektur von Fehlsichtigkeiten beschäftigt) und Orthoptik (Diagnostik und Behandlung von Störungen der Augenbewegung und des Zusammenspiels beider Augen).

Frage: Welche Berufsbezeichnung ist für einen Beschäftigten auszuwählen, der zwar einen anerkannten Berufsabschluss hat, der aber nicht in der Berufe Liste aufgeführt ist?

Für das nichtärztliche Personal im Verwaltungsdienst, im Technischen Dienst sowie im Wirtschafts- und Versorgungsdienst gilt (wie für alle anderen Dienste):

- Haben die Beschäftigten einen Berufsabschluss aus der Berufe-Liste, dann ist dieser auszuwählen,
- Haben die Beschäftigten einen anerkannten Abschluss, der nicht explizit in der Liste aufgeführt ist, dann ist die **042 sonstiger anerkannter Berufsabschluss** auszuwählen und
- Liegt kein Berufsabschluss vor, die **043 ohne Berufsabschluss** auszuwählen.

Beispiel: Krankenpflegerin in der Verwaltung:

D Nichtärztliches Personal am 31.12.2019

Bitte beachten Sie:

- Ein weiteres Blatt können Sie über das -Symbol anlegen.
- Um ein Blatt zu kopieren, verwenden Sie das -Symbol.
- Ein vorhandenes Blatt können Sie über das -Symbol löschen.

1 Auswahl Berufsbezeichnung  001 Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (3-jährige) 

2 Geburtsjahr 1980

3 Geschlecht Weiblich 

4 Beschäftigungsumfang Vollzeit 

5 Arbeitsstunden (mit zwei Nachkommastellen)  38,50

6 Funktionsbereich (Einsatzbereich) nach KHBV  Verwaltungsdienst 

7 In der Psychiatrie tätig - nur Pflegedienst  ☐ Ja ☐ Nein

8 Liegt eine abgeschlossene Weiterbildung in einem Pflegeberuf vor?  ☐ Ja ☒ Nein

9 Abgeschlossene Weiterbildung

Mehrfachnennungen sind möglich:

- ☐ für Intensivpflege
- ☐ für OP-Dienst
- ☐ für Psychiatrie
- ☐ für Endoskopie
- ☐ für Nephrologie
- ☐ für Notfallpflege
- ☐ für Onkologie
- ☐ für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie
- ☐ zur Hygienefachkraft

Installateur im Technischen Dienst

D Nichtärztliches Personal am 31.12.2019

Bitte beachten Sie:

- Ein weiteres Blatt können Sie über das -Symbol anlegen.
- Um ein Blatt zu kopieren, verwenden Sie das -Symbol.
- Ein vorhandenes Blatt können Sie über das -Symbol löschen.

1 Auswahl Berufsbezeichnung  042 sonstiger anerkannter Berufsabschluss 

2 Geburtsjahr 1970

3 Geschlecht Männlich 

4 Beschäftigungsumfang Vollzeit 

5 Arbeitsstunden (mit zwei Nachkommastellen)  38,50

6 Funktionsbereich (Einsatzbereich) nach KHBV  Technischer Dienst 

7 In der Psychiatrie tätig - nur Pflegedienst  ☐ Ja ☐ Nein

8 Liegt eine abgeschlossene Weiterbildung in einem Pflegeberuf vor?  ☐ Ja ☒ Nein

9 Abgeschlossene Weiterbildung

Mehrfachnennungen sind möglich:

- ☐ für Intensivpflege
- ☐ für OP-Dienst
- ☐ für Psychiatrie
- ☐ für Endoskopie
- ☐ für Nephrologie
- ☐ für Notfallpflege
- ☐ für Onkologie
- ☐ für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie
- ☐ zur Hygienefachkraft

Frage: Was versteht man unter der Berufsbezeichnung „Arztassistent/in“ („Physician Assistant“)?

Lt. WIKIPEDIA bezeichnet Arztassistent (Physician Assistant) einen akademischen medizinischen Beruf. Die formalen Voraussetzungen, delegierbare Tätigkeiten selbstständig auszuüben, die zuvor dem Arzt vorbehalten waren und dem Arzt zu assistieren, erwirbt der Arztassistent in einem

Bachelorstudiengang. Voraussetzung für den Studiengang ist vielfach eine abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf oder einem medizinisch-technischen Beruf.

Nach der von der Bundesagentur für Arbeit entwickelten KldB (Klassifikation der Berufe) gehört der Arztassistent zu den Berufen in der operations-/medizintechnischen Assistenz - komplexe Spezialisten Tätigkeiten.

Diese Berufsgruppe gehört zum **nichtärztlichen Personal**.

Hinweise, dass Arztassistenten zum ärztlichen Personal gehören, weil sie aus dem Konto 6000 (Kosten ärztliches Personal) bezahlt werden, sind unerheblich. Dies deutet vielmehr auf einen Fehler in der Buchführung hin. Nach den Zuordnungsvorschriften des Kontenrahmens gehören zum Konto 6000 die „Vergütung an alle **Ärzte**. Vergütung an Ärzte im Praktikum, soweit diese auf die Besetzung im Ärztlichen Dienst angerechnet werden“. Arztassistenten sind keine Ärzte.

Frage: Welchem Personenkreis ist ein Arztstudent im praktischen Jahr (PJ) zuzuweisen?

Ein Arztstudent im Praktischen Jahr (PJ-ler) sollte als „Famulus/Famula“ mit dem Schlüssel „039“ im Personaleinzelnachweis des **nichtärztlichen** Personals aufgenommen werden.

Frage: Was ist der Unterschied zwischen einem Operationstechnischen Assistenten und einem medizinisch-technischen Assistenten im Operationsdienst?

Der medizinisch-technische Assistent im Operationsdienst wird in Thüringen ausgebildet und ist dort in der Thüringer Schulordnung für die Höhere Berufsfachschule geregelt. Die Berufsbezeichnung entspricht dem Operationstechnischen Assistenten und wird in der Krankenhausstatistik auch so verarbeitet.

Arbeitszeit/Arbeitsstunden (des ärztlichen/des nichtärztlichen Personals)

Frage: Wie sind die Arbeitsstunden für die Beschäftigten zu erfassen?

Beim Personaleinzelnachweis sind die Arbeitsstunden für die/den einzelne(n) Beschäftigte(n) im ärztlichen/nichtärztlichen Dienst anzugeben, und zwar als „Durchschnittliche **tarifliche oder vereinbarte Wochenarbeitszeit** der/des Beschäftigten in Stunden mit 2 Nachkommastellen.“

Eine „genormte Wochenarbeitszeit“, wie sie in der „Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG“ an das InEK für die Ermittlung vergleichbarer Zahlen für Vollkräfte definiert ist, gibt es in der Krankenhausstatistik nicht.

Kostennachweis der Krankenhäuser:

Frage: Ist die „erweiterte Sonderleistung an Pflegekräfte aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie“ (sog. Corona-Prämie) im Kostennachweis der Krankenhäuser zu berücksichtigen?

Wir gehen davon aus, dass die vom InEK ermittelte, den Krankenhäusern gem. § 26d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) als Sonderleistung zustehende Prämie an die besonders belasteten

Beschäftigten weitergegeben wird. Es handelt sich hierbei also um einen „durchlaufenden Posten“ und nicht um Personalaufwand der Einrichtungen im klassischen Sinne.

Frage: Ist der „Ausgleich für Steigerungen der Kosten für den Bezug von Erdgas, Wärme und Strom“ nach § 26f KHG im Kostennachweis der Krankenhäuser zu berücksichtigen?

Wir gehen davon aus, dass es sich hierbei um „Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand zur Finanzierung laufender Aufwendungen“ handelt, die der Kontenklasse 4 „Betriebliche Erträge“ der Anlage 4 zur KHBV zuzuordnen sind.

Diese Kontenuntergruppen werden für den Kostennachweis der Krankenhäuser (§ 3 Satz 1 Nr. 20 KHStatV) nicht erfasst. Eine Saldierung von Aufwendungen und Erträgen findet grundsätzlich nicht statt.

Frage: Was ist der Unterschied zwischen Aufwendungen für nicht im Krankenhaus angestelltes ärztliches/nichtärztliches Personal und „outgesourcten“ Leistungen?

Werden Aufwendungen für nicht im Krankenhaus angestelltes ärztliches/nichtärztliches Personal im Kostennachweis (als Sachkosten) eingetragen, gibt es hierzu immer auch Angaben zu Vollkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis und umgekehrt.

Entscheidend für die Erfassung von (nichtärztlichem) **Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis** beim Krankenhaus, das z.B. im Personal-Leasing-Verfahren eingesetzt wird ist, dass die **Leistung vom Krankenhaus erbracht** wird und es sich zur Bewältigung einer Aufgabe Personalverstärkung in Form von Zeitarbeit o. Ä. hinzuholt.

Beispiel: Pflegekräfte, die als „Zeitarbeiter“ beim Krankenhaus tätig sind, werden erfasst.

Im Gegensatz dazu wird das Personal einer Fremdfirma, die die Reinigung im Krankenhaus übernommen hat, **nicht** erfasst; hier gehört die „outgesourcte“ Reinigung nicht mehr zu den Leistungen des Krankenhauses. „Outgesourcten“ Leistungen stehen deshalb **keine** Vollkräfte gegenüber.

Frage: Wie sind die Kosten eines Krankenhauses mit integrierter ambulanter Rehaeinrichtung nach § 111 SGB V im Kostennachweis einzutragen?

Grundsätzlich sind die Kosten der ambulanten Rehaeinrichtung von den Kosten des Krankenhauses zu trennen.

Hinsichtlich des sowohl im Krankenhaus als auch im Bereich der ambulanten Rehaeinrichtung tätigen Personals ist zu prüfen, ob das Personal einen Vertrag mit dem Krankenhaus oder der ambulanten Rehaeinrichtung hat.

Nur bei einem Vertrag mit dem Krankenhaus sind Personalkosten anzugeben; andernfalls sind Sachkosten (für Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus) anzugeben.

Frage: Wie sind Vergütungsanteile, die ein Krankenhaus für die Nutzung von Räumlichkeiten erhält, zu verbuchen?

Bei den „Vergütungsanteilen“, die das Krankenhaus für die Nutzung von Krankenhausräumlichkeiten erhält, handelt es sich um Betriebliche Erträge (Kontenklasse 4), die im Kostennachweis der Krankenhäuser **keine** Berücksichtigung finden.

Frage: Welche Einrichtungen sind zu Zahlungen an den neuen Pflegeausgleichsfonds nach dem Pflegeberufegesetz verpflichtet?

Zu Zahlungen an den **Pflegeausgleichsfonds** sind nach § 13 PflAFinV die Krankenhäuser im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes verpflichtet. Das sind alle zur Versorgung nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser:

Unerheblich dabei ist, ob in den Einrichtungen ein entsprechender Ausbildungsberuf angeboten wird.

Datenquellen

LINKS

Zu den häufig nachgefragten Datenquellen gehören:

Erhebungsportal

Meldungen (zur Krankenhausstatistik) über IDEV (NUR Grund- und Kostendaten) und .CORE (Grund-, Kosten- und Diagnosedaten)

<https://www.destatis.de/DE/Service/Online-Melden/erhebungsportal.html>

Fachabteilungsgliederung Krankenhäuser

<https://www.dkgev.de/themen/digitalisierung-daten/elektronische-datenuebermittlung/datenuebermittlung-zu-abrechnungszwecken/datenuebermittlung-nach-301-abs-3-sgb-v/>

Fachabteilungsgliederung Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Klassifikationen-und-Dokumentationshilfen/klassifikationen_dokumentationshilfe_n.html

Pflegerische Weiterbildungsempfehlungen der DKG

<https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/aus-und-weiterbildung-von-pflegeberufen/>

Funktionsbereich gem. Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV), Anlage 4 i.V.m. den Zuordnungsvorschriften zum Kontenrahmen

https://www.gesetze-im-internet.de/khbv/anlage_4.html

Handbuch zum Standortverzeichnis (§ 293 Abs. 6 SGB V)

https://krankenhausstandorte.de/storage/manual/Handbuch_Standortverzeichnis.pdf