

Hinweise zur Kostenkalkulation (Datenjahr 2018)

Der in den vergangenen Jahren geübten Praxis folgend, fasst das vorliegende Dokument Klarstellungen und Hinweise an die Kalkulationskrankenhäuser zur Datenaufbereitung und Kostenkalkulation zusammen, die aus Sicht des InEK für die Bereitstellung der Daten des Jahres 2018 von Bedeutung sind. Die Hinweise sollen eine qualitative Verbesserung der Kostenkalkulation unterstützen, die sich in einer möglichst differenzierten, aufwandsgerechten und leistungsbezogenen Kostenzuordnung auf den jeweiligen Kostenträger darstellt.

Diese Hinweise stellt das InEK auch auf seiner Internetseite unter der Rubrik Kalkulation / Dokumente für Kalkulationskrankenhäuser zur Verfügung.

Die einzelnen Ergänzungen bzw. Anpassungen der Vorgaben in den Kalkulationshandbüchern sind als Klarstellungen bestehender Regelungen zu verstehen. Sie werden für die Krankenhäuser im DRG- bzw. PEPP-Entgeltbereich separat dargestellt.

Die teilnehmenden Einrichtungen werden um Beachtung und Umsetzung der angesprochenen Sachverhalte im Kalkulationsverfahren gebeten. Bei Rückfragen stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des InEK für Auskünfte gerne zur Verfügung.

Zeittafel der Kalkulationsrunde 2019 (Datenjahr 2018)

Bereits feststehende Eckpunkte im Rahmen der kommenden Kalkulationsrunde (Datenjahr 2018) sind:

1. Abgabe der Teilnahmeerklärung bis **15.02.2019**
2. Bereitstellung der Dateien zur Erfassung der ergänzenden Datenbereitstellung durch das InEK bis Mitte Februar 2019
3. Abgabe zur Verwendung von klinischen Verteilungsmodellen bis **22.03.2019**
4. Übermittlung der Kalkulationsdaten zum **01.04.2019**
5. Abgabe der „Informationen zur Kalkulationsgrundlage“ sowie Übermittlung der Leistungsdaten aus den Bereichen Intensivstation, OP und Anästhesie **zeitgleich mit Ihrer Datenlieferung, spätestens aber bis zum 01.04.2019**
6. Übermittlung der ergänzenden Datenbereitstellung bis Mitte April 2019
7. Ende der Korrekturfrist für Kalkulationsdatensätze bis **24.05.2019**

Hinweise zu den für die Kalkulationsrunde 2019 zu übermittelnden Dateien

➤ Datei Intensivstation.csv

Bitte beachten Sie, dass für die Angaben in der Datei *Intensivstation.csv* unverändert die Vorgaben der Datensatzbeschreibung für die Datei Intensivstation bzw. die Vorgaben des Kalkulationshandbuchs gelten. Die einschränkende Betrachtung im §-21-Datensatz findet in der Umsetzung der Kostenerhebung keine Anwendung. Die Angabe für das neu in der Datei *Fall* des § 21-Datensatzes enthaltene Feld *Verweildauer Intensiv* ist nach den dort geltenden Vorgaben vorzunehmen. Die in der Datei *Fall* des §-21-Datensatzes enthaltenen Fälle stellen ggf. nur einen Ausschnitt der in der Datei *Intensivstation.csv* enthaltenen Fälle dar. Wenn Ihnen die Kalkulationsarbeiten erleichtert, eine Identität der Fälle in den beiden Dateien vorzuhalten, können Sie gerne eine Erweiterung der Fallzahl in der Datei *Fall* des §-21-Datensatzes vornehmen.

Ergänzungen bzw. Anpassungen des Kalkulationshandbuchs

Im Folgenden werden die für einzelne Kapitel des Kalkulationshandbuchs erforderlichen Klarstellungen kurz inhaltlich vorgestellt. Die nachfolgend aufgeführten Textpassagen enthalten bereits die für das Kalkulationshandbuch erforderlichen Ergänzungen bzw. Anpassungen. Die übrigen Erläuterungen des jeweiligen Kapitels im Kalkulationshandbuch behalten unveränderte Gültigkeit.

Kalkulation im DRG-Entgeltbereich

➤ Hinweis zur Kalkulation der Pflegepersonalkosten

Im Jahr 2019 sind ausgewählte Krankenhäuser erstmals aufgefordert, Angaben zur Pflege und Weiterentwicklung von Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in pflegesensitiven Bereichen bereitzustellen. **Bitte beachten Sie, dass für die Kalkulation der Kosten des Pflegepersonals (Kostenartengruppe 2) unverändert die Vorgaben des Kalkulationshandbuchs gelten.**

Im Hinblick auf die Regelungen in § 137i Abs. 3a SGB V (Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen), § 137j SGB V (Pflegepersonalquotient) und § 17b Abs. 4 KHG (Ausgliederung der Pflegepersonalkosten) werden wir mit Ihnen im Laufe der Kalkulationsphase ggf. vertiefende Fragestellungen zur Kalkulation (bspw. Datengrundlage, Kostenabgrenzung, Personalausstattung) erörtern.

Kalkulation im DRG- und im PEPP-Entgeltbereich

➤ Anlage 10 Artikelliste für die Einzelkostenzuordnung

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Vorgehensweise wird Fußnote 7 wie folgt präzisiert:

⁷ Einzelartikel (Kosten je Stück 50 € oder höher) oder Materialset (Setkosten 100 € oder höher)

Anlage 10 steht in aktueller Fassung auf der Homepage des InEK zum Download bereit.

Kalkulation im PEPP-Entgeltbereich

➤ Erweiterung der Kostenstellengruppen um die Kostenstellengruppe 27 (stationsäquivalente Behandlung)

Im Zusammenhang mit der Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gem. § 115d SGB V wird die Kalkulationsmatrix um die Kostenstellengruppe 27 (stationsäquivalente Behandlung) erweitert. Ab dem **Datenjahr 2018** sind Leistungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gem. § 115d SGB V mit den OPS-Schlüsseln 9-701.* und 9-801.* (OPS 2018) tagesbezogen zu dokumentieren. Die Kosten des mobilen fachärztlich geleiteten multiprofessionellen Behandlungsteams sind berufsgruppenbezogen den Kostenartengruppen (1-3c) der Kostenstellengruppe 27 zuzuweisen. Sie umfassen die berufsgruppenbezogenen Therapiezeiten am Patienten (gemäß OPS 2018 9-701.* und 9-801.*) sowie die berufsgruppenbezogenen Fahrzeiten. Die für Verkehrsmittel anfallenden Kosten werden den Infrastrukturkosten zugewiesen. Die Zeiten für wöchentliche Fallbesprechungen werden anteilig auf die in den Fallbesprechungen erörterten Fälle aufgeteilt. Werden gemäß § 10 der „Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach §115d Abs. 2 SGB V“ zur Durchführung von Teilen der stationsäquivalenten Behandlung Dritte Leistungserbringer beauftragt, sind die Kosten für die in Rechnung gestellten Leistungen unter der Kostenarten-

gruppe 6c (Sachkosten für von Dritten bezogene medizinische Behandlungsleistungen) zu verbuchen.

Eine Einstufung in ein Betreuungsintensitätsmodell erfolgt nicht für Fälle mit stations-äquivalenter Behandlung.

Durch die Erweiterung der Kostenstellengruppen um Kostenstellengruppe 27 wird Anlage 5 wie folgt ergänzt:

Anlage 5 (Auszug)

Anlage 5 PSY	Personal-kosten ärztlicher Dienst	Personalkosten Pflege-/ Erziehungsdienst	Personalkosten Psychologen	Personalkosten Sozialarbeiter/ Sozial-/Heil-pädagogen	Personalkosten Spezial-therapeuten	Personal-kosten med.-techn. Dienst/ Funktions-dienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten Implantate/ Transplantate	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf			Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur
	1	2	3a	3b	3c	3	4a	4b ¹	5 ¹	6a	6b ¹	6c	7	8
Stations-äquivalente Behandlung	27	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	Leistungszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Leistungszeit	Leistungszeit

1) Bewertung der Einzelkosten über Anschaffungspreise bzw. Durchschnittspreise

➤ Hinweis für die Kalkulation der Therapiekosten für Pflegedienst und Spezialtherapeuten ab dem Datenjahr 2019

Im OPS Version 2019 wurden alle Codes für Therapieeinheiten des Pflegedienstes und die Codes für die Gruppentherapieeinheiten der Spezialtherapeuten gestrichen. Das heißt, dass ab dem Jahr 2019 Therapieeinheiten für den Pflegedienst und Gruppentherapieeinheiten für die Spezialtherapeuten nicht mehr kodiert werden können. Der guten Ordnung halber möchten wir darauf hinweisen, dass sich durch den Wegfall der OPS-Kodes in der externen Leistungsdokumentation keine Änderungen der Kalkulationsvorgaben hinsichtlich der Zuordnung von Therapiekosten der entsprechenden Berufsgruppen ergeben. Für die Kalkulation der therapeutischen Leistungen des Pflegedienstes und der Gruppentherapie der Spezialtherapeuten gelten unverändert die Vorgaben des Kalkulationshandbuches:

Das Kalkulationshandbuch Version 1.0 beschreibt auf S. 145 die therapeutische Kernleistung

- als ärztlich indizierte therapeutische Maßnahme innerhalb einer therapiezielorientierten Behandlung,
- im unmittelbaren Patientenkontakt,
- mit Bezug zu genau einem bestimmten Patienten (bei Einzelmaßnahme) bzw. einer bestimmten Patientengruppe (bei Gruppenmaßnahme)

Die Kosten für erbrachte therapeutische Kernleistungen des Pflegedienstes und der Spezialtherapeuten (Gruppentherapien) sind gemäß Kalkulationshandbuch (S. 146 ff.) auch künftig anhand der erfassten Leistungseinheiten der internen Leistungsdokumentation den entsprechenden Kostenstellengruppen 23 bis 26 zuzuordnen.