

Hinweise zur Kostenkalkulation (Datenjahr 2019)

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 2019 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 2020 (Datenjahr 2019)

Bereits feststehende Eckpunkte im Rahmen der kommenden Kalkulationsrunde (Datenjahr 2019) sind:

1. Abgabe der Teilnahmeerklärung bis **14.02.2020**
2. Bereitstellung der Dateien zur Erfassung der ergänzenden Datenbereitstellung durch das InEK bis Mitte Februar 2020
3. Abgabe der Datei „KVM-Infoblatt“ bis **24.03.2020**
4. Übermittlung der Kalkulationsdaten zum **31.03.2020**
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 31.03.2020**
6. Übermittlung der ergänzenden Datenbereitstellung bis Mitte April 2020
7. Ende der Korrekturfrist für Kalkulationsdatensätze bis **25.05.2020**

Hinweise zu den für die Kalkulationsrunde 2020 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. Unabhängig davon ist im § 21-Datensatz die Angabe für das in der Datei *Fall* enthaltene Feld *Verweildauer Intensiv* bzw. die über die „*Kenntnis Intensivbett*“ in der Datei *FAB* anzugebende Verweildauer in einem Intensivbett nach den dort geltenden Vorgaben vorzunehmen. Dabei gilt grundsätzlich, dass die fallbezogenen Angaben zu Zeiten intensivmedizinischer Betreuung in der Datei *Intensivstation.csv* gleich oder länger sind als die Zeiten intensivmedizinischer Betreuung in der Datei *Fall* bzw. (aufsummiert) in der Datei *FAB* im § 21-Datensatz.

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 Pflegekosten

Im Jahr 2020 sind ausgewählte Krankenhäuser aufgefordert, Daten zur Weiterentwicklung von Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in pflegesensitiven Bereichen bereitzustellen. Bitte beachten Sie, dass für die Kalkulation der Kosten des Pflegepersonals unverändert die Vorgaben des Kalkulationshandbuchs gelten. Unabhängig davon sind die Angaben zur PpUG-Datenerhebung nach den dort geltenden Vorgaben vorzunehmen. Sollten für die PpUG-Datenerhebung Überlieger von 2019 nach 2020 übermittelt werden, sind diese Fälle unverändert nicht Bestandteil der Kostendatenlieferung; d.h. für die Kostendatenerhebung bleibt die Abgrenzung auf die in 2019 entlassenen Fälle bestehen. Die im Rahmen der PpUG-Datenerhebung übermittelten Überlieger-Fälle 2019/2020 finden sich nur in den Leistungsdaten und nicht in den Kostendaten.

Zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System haben die Vertragsparteien auf Bundesebene im Jahr 2019 mehrere Vereinbarungen geschlossen (u.a. Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung vom 18.02.2019, Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung vom 23.09.2019). Die Pflegepersonalkosten werden unverändert nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs kalkuliert und fallbezogen an das InEK übermittelt. Die sich aus gesetzlichen Änderungen oder den Vereinbarungen der Vertragsparteien auf Bundesebene ergebenden Anpassungen des Kalkulationshandbuchs geben wir im Folgenden wieder.

➤ Kalkulation der Pflegekosten

Die Zuordnung von Personalkosten zu den Kostenartengruppen 2 (Pflegedienst) und 3 (Funktionsdienst / medizinisch-technischer Dienst) ergibt sich unverändert nach den Vorgaben der KHBV und des Kalkulationshandbuchs soweit in dieser Information nichts abweichendes geregelt wird.

➤ Im Krankenhaus eingesetztes Fremdpersonal (Arbeitnehmerüberlassung)

Der Abschnitt zur Erläuterung über die Kostenumgliederung bei Arbeitnehmerüberlassung (S. 39) wird zur Umsetzung der mit dem MDK-Reformgesetz geänderten Regelungen in § 6a Abs. 2 KHEntgG zur Bestimmung der Höhe des Pflegeerlösbudgets um den folgenden Hinweis ergänzt.

① Im Krankenhaus eingesetztes Fremdpersonal im Pflegedienst (Kostenartengruppe 2)

Werden Pflegekräfte im Rahmen der Arbeitnehmerüberlassung im Krankenhaus eingesetzt, dürfen Kosten nur in der Höhe im Pflegeerlösbudget berücksichtigt werden, die dem tarifvertraglich vereinbarten Arbeitsentgelt des Pflegepersonals mit direktem Beschäftigungsverhältnis entspricht. Darüber hinausgehende Kostenbestandteile der Arbeitnehmerüberlassung (z. B. Vermittlungsentgelte) können nicht dem Pflegeerlösbudget zugeordnet werden. Die Kalkulation bleibt in diesem Punkt unverändert; d.h. die vollständigen Kosten der im Rahmen der Arbeitnehmerüberlassung eingesetzten Mitarbeiter werden umgegliedert. In der Kalkulationsgrundlage sind entsprechend Informationen über den Umfang der im Rahmen der Arbeitnehmerüberlassung eingesetzten Mitarbeiter und den Beträgen, die im Pflegeerlösbudget berücksichtigt werden können bzw. nicht berücksichtigt werden können, anzugeben. Die Ausgliederung der Pfl-

gepersonalkosten für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems erfolgt – wie im Vorjahr – im InEK.

- Klarstellung zur Personalkostenverrechnung des medizinisch-technischen Dienstes (Hebammen)

Die Personalkosten für Hebammen werden in der Kostenartengruppe 3 (Funktionsdienst / medizinisch-technischer Dienst) typischerweise in der Kostenstellengruppe 6 (Kreißaal) erfasst. Werden Hebammen auch zur Betreuung der Patientinnen auf der Normalstation eingesetzt, sind die Personalkosten für die Hebammen entsprechend der Inanspruchnahme auf der Normalstation im Rahmen der Personalkostenverrechnung (vgl. Kap. 4.2) innerhalb der Kostenartengruppe 3 umzugliedern.

- Kosten für Haftpflichtversicherungen

In der Vergangenheit wurden die Prämien für Haftpflichtversicherungen in den verschiedenen Leistungsbereichen des Krankenhauses in unterschiedlichem Ausmaß erhöht. Insofern bietet sich an, die Haftpflichtprämien den verursachenden Kostenstellen in der nicht medizinischen Infrastruktur (Kostenartengruppe 8) zuzuweisen. Daher wird folgende Information auf Seite 228 ergänzt:

- ① Prämien für Haftpflichtversicherung (Kostenartengruppe 8)

Liegen im Krankenhaus von der Versicherung Informationen über die Aufteilung der Prämie zur Haftpflichtversicherung auf die einzelnen Leistungsbereiche vor, können die Kosten der Prämien entsprechend der Information der Versicherung auf die verursachenden direkten Kostenstellen der Leistungsbereiche in der Kostenartengruppe 8 (nicht medizinische Infrastruktur) umgegliedert werden.

- Kostenabgrenzung bei Postmortalen Organspende

Mit dem Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende (GZSO) wurde die Vergütung von Krankenhausleistungen im Rahmen der postmortalen Organspende angepasst. Entsprechend ist bei der Kalkulation ab dem Datenjahr 2019 die Kalkulationsrelevanz von Kosten anzupassen. Die Anpassung bezieht sich auf Seite 204 (der dortige Abschnitt *Postmortale Organspenden* wird durch den nachfolgenden Abschnitt ersetzt):

Postmortale Organspenden

- Kalkulationsrelevante Leistungen im DRG-Vergütungsbereich:

Bei einer möglichen postmortalen Organspende sind nur diejenigen Kosten bei der Kalkulation zu berücksichtigen, die bis unmittelbar vor dem festgestellten Tod gemäß § 5 und § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 1a Transplantationsgesetz (TPG) beim potentiellen Organspender angefallen sind. Dies umfasst folgende Leistungen:

- Zur-Verfügung-Stellen sämtlicher Befunde, die bei der Behandlung der Erkrankung angefallen sind (vgl. auch § 7 TPG)
- Intensivmedizinische Behandlung bis zur ersten Feststellung des Hirntodes: Maschinelle Beatmung (regelmäßige Bestimmung der Blutgase, ggf. PEEP-Beatmung, etc.), Medikamente, ggf. Antibiose, etc.

- Nicht kalkulationsrelevante Leistungen, die unter den DSO-Vergütungsrahmen fallen

Alle Kosten, die infolge einer beabsichtigten Organtransplantation nach der ersten klinischen Hirntoddiagnostik beim potentiellen Organspender entstehen, werden durch die DSO nach § 9a Abs. 3 TPG pauschaliert vergütet und sind somit weder bei der Kalkulation der Behand-

lungskosten noch bei der Leistungserfassung zu berücksichtigen. Zu den nicht kalkulationsrelevanten Kosten gehören grundsätzlich die Kosten der vollständigen Hirntoddiagnostik nach § 5 TPG selbst; auch der ersten klinischen Hirntoddiagnostik. Die Kosten einer Hirntoddiagnostik nach § 5 TPG sind ausschließlich bei (potentiellen) postmortalen Organspendern als nicht kalkulationsrelevant abzugrenzen.

Sofern bei der Feststellung des Hirntodes Ärzte im Rahmen ihnen gestatteter Nebentätigkeiten mitwirken, wird die Vergütung für deren persönliche Leistung unmittelbar zwischen den beteiligten Ärzten und der DSO vereinbart. In diesem Fall sind die auf die gestattete Nebentätigkeit entfallenden ärztlichen Leistungen sowie deren Kosten als nicht kalkulationsrelevant abzugrenzen. Die bei der Unterstützung der Hirntoddiagnostik durch den neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst nach § 9c TPG anfallenden Leistungen (und ggf. Kosten) sind ebenfalls als nicht kalkulationsrelevant abzugrenzen.

- Klarstellung zur Zuordnung der Kosten von biologischem Material für Gewebeersatz/-verstärkung bzw. Gabe von Plasma bei Plasmapherese (Anlage 10)

Die Kosten für biologisches Material für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung (z.B. mit aktiven Bestandteilen beschichtete Schwämme) sind der Kostenartengruppe 5 (Implantate) am Ort des Verbrauchs zuzuordnen.

Bei Durchführung einer Plasmapherese (OPS-Kodes 8-820.*) sind die Kosten für die Gabe von Plasma als Bestandteil der Plasmapherese in der Kostenstellengruppe 3 (Dialyse) in der Kostenartengruppe 4b zu buchen.

Kalkulation im DRG- und im PEPP-Entgeltbereich

- Anpassung der Kalkulationsrelevanz von Krankenhausleistungen

Die Leistungen der Dolmetscherassistenz zum Ausgleich der behinderungsbedingten Kommunikationsbeeinträchtigungen bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung gehören nicht mehr zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Entsprechend sind Kosten, die für diese Leistungen anfallen ab dem Datenjahr 2019 nicht mehr kalkulationsrelevant und entsprechend abzugrenzen. Die Tabelle 2 (S. 14 (DRG), S. 15 (PSY)) wird um eine Zeile ergänzt:

Krankenhausleistung	kalkulationsrelevant	Nicht kalkulationsrelevant	Übermittlung Kostendaten
Dolmetscherassistenz zum Ausgleich der behinderungsbedingten Kommunikationsbeeinträchtigungen bei Menschen mit Hörbehinderung		x	

Die Tabelle in Anlage 2 (DRG S. 240, PSY S. 178) wird um eine Zeile ergänzt:

Krankenhausleistung	Übermittlung Kostendaten
Dolmetscherassistenz zum Ausgleich der behinderungsbedingten Kommunikationsbeeinträchtigungen bei Menschen mit Hörbehinderung	

Kalkulation im PEPP-Entgeltbereich

➤ Kalkulation der Therapiekosten für Pflegedienst und Spezialtherapeuten

Im OPS Version 2019 wurden alle Codes für Therapieeinheiten des Pflegedienstes und die Codes für die Gruppentherapieeinheiten der Spezialtherapeuten gestrichen. Das heißt, dass seit 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-Codes 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.