

Hinweise zur Kostenkalkulation (Datenjahr 2023)

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 2023 von Bedeutung sind.

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 2024 (Datenjahr 2023)

Bereits feststehende Eckpunkte für die kommende Kalkulationsrunde (Datenjahr 2023) sind:

Für alle Kalkulationsteilnehmer:

1. Abgabe der Teilnahmeerklärung bis **09.02.2024**
2. Bereitstellung der Dateien zur Erfassung der ergänzenden Datenbereitstellung durch das InEK Mitte Februar 2024
3. Ende der Korrekturfrist für die Datenlieferung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG: **30.04.2024** (Ende der Datenlieferungsfrist für alle gesetzlich zu liefernden Daten; auf diesem Datenbestand werden alle gesetzlich verankerten Aufgaben des InEK mit den §-21-Daten berechnet – dies gilt auch für ggf. anfallende Sanktionszahlungen gem. § 21 KHEntgG)
4. Ende der Korrekturfrist für Kalkulationsdatensätze bei fristgerechter Erstlieferung: **24.05.2024** (12 Uhr). Zum Zwecke der Weiterentwicklung des Entgeltsystems im Krankenhaus können in gewohnter Weise Kalkulationsdatensätze (Kosten- und Leistungsdaten) bis zum Ende der vorgenannten Frist korrigiert werden. Korrekturen, die nach dem 30.04.2024 übermittelt werden, werden ausschließlich für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems verwendet.

Für Krankenhäuser mit Übermittlung fallbezogener Kalkulationsdatensätze:

5. Übermittlung klinische Verteilungsmodelle (KVM) bis zum **15.03.2024**
6. Übermittlung der Kalkulationsdaten zum **02.04.2024**
7. Abgabe der „Informationen zur Kalkulationsgrundlage“ sowie Übermittlung der Leistungsdaten aus den Bereichen Intensivstation, OP und Anästhesie **zeitgleich mit Ihrer Datenlieferung (fallbezogene Kalkulationsdaten), spätestens aber bis zum 02.04.2024**
8. Übermittlung der ergänzenden Datenbereitstellung bis Mitte April 2024

Für Krankenhäuser mit Lieferung von Kostenstellenauswertungen und Strukturinformationen:

9. Übermittlung der Dateien zu den Kostenstellenauswertungen und den Strukturinformationen zum **30.04.2024**

Hinweis für im Jahr 2023 verpflichtete Krankenhäuser:

Wenn Sie die optionale Vorgehensweise mit Lieferung von fallbezogenen Kostendatensätzen für das Datenjahr 2023 auswählen möchten, geben Sie dies bitte in der Teilnahmeerklärung direkt an.

Wenn Sie die fallbezogenen Daten übermitteln und in der Teilnahmeerklärung noch „Vereinfachte Teilnahme“ eingetragen ist, können die Daten nicht verarbeitet werden; bitte nehmen Sie in diesem Fall unverzüglich Kontakt mit uns auf, um den Annahmeprozess auf die optimale Vorgehensweise umzustellen.

Hinweise zu den für die Kalkulationsrunde 2024 zu übermittelnden Dateien

➤ Datei Intensivstation.csv

(gilt nicht für zur Kalkulationsteilnahme verpflichtete Krankenhäuser mit Lieferung von Kostenstellenauswertungen und Strukturinformationen)

Bitte beachten Sie, dass für die Angaben in der Datei *Intensivstation.csv* unverändert die Vorgaben der Datensatzbeschreibung für die Datei *Intensivstation.csv* 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 „*Kennung 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.

➤ Informationen zur COVID-19-Pandemie

(gilt nicht für zur Kalkulationsteilnahme verpflichtete Krankenhäuser mit Lieferung von Kostenstellenauswertungen und Strukturinformationen)

Zur besseren Einschätzung der Auswirkungen der Corona-Pandemie bitten wir in der Kalkulationsgrundlage – analog der Vorjahre, jedoch in deutlich reduziertem Umfang – um ergänzende Informationen. Relevant sind Bereiche, in denen sich durch den Umgang mit COVID-19-Fällen ausgelöste Änderungen in den typischen krankenhausindividuellen Arbeitsabläufen mit erheblichen Auswirkungen auf die berechneten Kostendatensätze ergeben. Eine stichwortartige Beschreibung der Bereiche und Ursachen ist völlig ausreichend.

Allgemeine Hinweise zur Kalkulation im Zusammenhang mit COVID-19

In Reaktion auf die COVID-19-Pandemie haben sich das Leistungsgeschehen und damit insbesondere die organisatorische und personelle Situation in einigen Bereichen der Krankenhäuser verändert. Vor diesem Hintergrund bitten wir um Beachtung der folgenden Hinweise:

- Die Aufbereitung der Personalkosten sollte mit großer Sorgfalt und unter Berücksichtigung der ggf. angepassten Bedingungen in einzelnen Bereichen des Krankenhauses erfolgen. Im Mittelpunkt steht dabei die ihrem tatsächlichen Einsatz entsprechende Zuordnung der Mitarbeitenden zu den Kostenstellen mit der daraus folgenden Kostenzuordnung. Insbesondere für den Ärztlichen Dienst, für den Pflegedienst und den medizinisch-technischen Dienst / Funktionsdienst ist auf eine dementsprechende anteilige Kostenzurechnung zu den Leistungsbereichen zu achten.
- Die Kosten der Verbrauchsmaterialien für COVID-19-Tests der Patienten (z.B. Testkits) sind dem entsprechenden Sachkonto und Kostenartengruppe 6a zuzuordnen. Die für die Testungen angefallenen Personalkostenanteile sind nicht separat zu ermitteln. Bei durch externe Dritte durchgeführten Testungen ist der in Rechnung gestellte Betrag fallbezogen als Einzelkosten in Kostenartengruppe 6c auszuweisen.
- Die Kosten für COVID-19-Tests der Mitarbeiter sind einer geeigneten Kostenstelle der nicht medizinischen Infrastruktur (z.B. „Betriebsarzt“) zuzuordnen, sofern die Testungen

durch externe Dritte durchgeführt werden. Die Kosten der dafür vorgesehenen Kostenstelle werden im Zuge der IBLV mit dem Schlüssel „Vollzeitkräfte (VK)“ oder „primäre Personalkosten“ verrechnet. Für den Fall, dass das Krankenhaus die Tests selbst durchführt, sind die Kosten der dafür benötigten Verbrauchsmaterialien (z.B. Testkits) in der Kostenstellengruppe 10 (Laboratorien) in Kostenartengruppe 6a auszuweisen. Die für die Tests angefallenen Personalkostenanteile sind nicht separat zu ermitteln.

- Die Kosten für Infektionsschutzausrüstungen der Mitarbeiter sind der Kostenstelle zuzuordnen, in der diese Ausrüstungen verwendet wurden. Sie sind im entsprechenden Sachkonto und Kostenartengruppe 6a auszuweisen.

Kalkulation im DRG-Entgeltbereich

➤ Hinweis zur Kalkulation der Pflegepersonalkosten

Bitte beachten Sie, dass für die Kalkulation der Kosten des Pflegepersonals unverändert die Vorgaben des Kalkulationshandbuchs gelten. Sollten bei einer möglichen PpUG-Datenerhebung Überlieger von 2023 nach 2024 übermittelt werden, sind diese Fälle unverändert nicht Bestandteil der Kostendatenlieferung; d.h. für die Kostendatenerhebung bleibt die Abgrenzung auf die im Jahr 2023 entlassenen Fälle bestehen. Die ggf. im Rahmen einer PpUG-Datenerhebung übermittelten Überlieger-Fälle 2023/2024 finden sich nur in den Leistungsdaten und nicht in den Kostendaten.

Die Pflegepersonalkosten werden unverändert nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs kalkuliert und fallbezogen an das InEK übermittelt.

Die Zuordnung von Personalkosten zu den Kostenartengruppen 2 (Pflegedienst) und 3 (medizinisch-technischer Dienst / Funktionsdienst) richtet sich nach den Vorgaben der KHBV und des Kalkulationshandbuchs unter Berücksichtigung der zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Pflegepersonalkosten-Ausgliederung von den Vertragsparteien auf Bundesebene geschlossenen Vereinbarungen. Bitte beachten Sie dabei, dass die Personalkosten für die Pflegedienst-Berufsgruppen, die nicht über das Pflegebudget refinanziert werden, in Kostenartengruppe 3 (medizinisch-technischer Dienst / Funktionsdienst) auszuweisen sind.

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (BGBl. I Nr. 42 vom 11.11.2022, S. 1990) wurde die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ab dem Jahr 2025 neu geregelt. Danach soll ab 2025 ausschließlich Personal bestimmter Berufsgruppen, „das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist“, aus dem DRG-System ausgegliedert und über das Pflegebudget refinanziert werden. Diese Berufsgruppen werden in § 17b Abs. 4a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) abschließend benannt.

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (BGBl. I Nr. 56 vom 28.12.2022, S. 2793) wurde die Aufzählung der auszugliedernden Berufsgruppen in § 17b Abs. 4a KHG um Hebammen/Entbindungspfleger erweitert. Die Erweiterung gilt dabei gem. § 17b Abs. 4 KHG „auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen“.

Für die Umsetzung der geänderten Pflegepersonalkosten-Ausgliederung aus dem DRG-System sieht § 17b Abs. 4 KHG vor, dass die Krankenhäuser die ab dem Jahr 2025 geltenden Vorgaben bereits seit dem 1. Januar 2023 in der Abgrenzung „ihrer Kosten und Leistungen anzuwenden“ haben. Von den Vertragsparteien auf Bundesebene konsenterte Abgrenzungen der Pflegepersonalkosten sind ergänzend zu berücksichtigen.

➤ Anpassungen im Datenjahr 2023 für die geänderte Ausgliederung ab dem Jahr 2025

Die bislang über das Pflegebudget refinanzierten Personalkosten der Pflegedienst-Berufsgruppen „sonstige Berufe (ohne Hebammen/Entbindungspfleger)“, „ohne Berufs-

abschluss“ sowie „Sozialassistenten/-innen“ und „Zahnmedizinische Fachangestellte“ auf bettenführenden Stationen, die ab dem Jahr 2025 wieder dem Entgeltbereich „DRG“ (aG-DRG-Budget) zugeordnet werden, sind ab dem Datenjahr 2023 in der InEK-Kostenmatrix in der Kostenartengruppe 3 (medizinisch-technischer Dienst / Funktionsdienst) auszuweisen. Folglich sind vom Krankenhaus die entsprechenden dem Krankenhaus bislang über das Pflegebudget refinanzierten Personalkosten von der Kostenartengruppe 2 (Pflegedienst) in die Kostenartengruppe 3 umzugliedern.

Die nach den Vorgaben des Abschnitts 4.4.4 des Kalkulationshandbuchs kalkulationsrelevanten Auszubildendenvergütungen für Auszubildende in den in § 2 Ziffer 1a Buchstabe e) – g) KHG genannten Ausbildungsberufen (Auszubildende zur Pflegefachkraft oder Pflegehilfskraft) werden in Kostenstellen der bettenführenden Stationen in der Kostenartengruppe 3 (medizinisch-technischer Dienst / Funktionsdienst) gebucht, da diese Personalkosten ab 2025 dem aG-DRG-Budget zugeordnet sind und nicht ausgliedert werden.

Personalkosten für Hebammen/Entbindungspfleger auf bettenführenden Stationen in Kostenstellengruppe 1 (Normalstation), die ab 2025 dem Pflegebudget zugeordnet werden, sind in Kostenartengruppe 2 (Pflegedienst) zu buchen. Personalkosten für Hebammen/Entbindungspfleger im Kreißaal (Kostenstellengruppe 6), die ab 2025 dem Pflegebudget zugeordnet werden, sind ebenfalls in Kostenartengruppe 2 (Pflegedienst) zu buchen. Das übrige Personal des medizinisch-technischen Dienstes bzw. des Funktionsdienstes in Kostenstellen der Kostenstellengruppe 6 (Kreißaal) wird unverändert in Kostenartengruppe 3 (medizinisch-technischer Dienst / Funktionsdienst) gebucht; die Personalkosten dieses Personals werden weiterhin über das aG-DRG-Budget vergütet.

In der Kalkulationsgrundlage wird im Datenblatt „Pflegepersonalausstattung auf bettenführenden Stationen“ die entsprechende Abfrage im Hinblick auf die veränderte Zuordnung von Personal zum Pflegebudget angepasst.

➤ Anpassung der Kalkulationsrelevanz von Krankenhausleistungen

Leistungen der Übergangspflege nach § 39e Abs. 1 SGB V, die nach landesrechtlichen Bestimmungen abgerechnet werden, sind nicht kalkulationsrelevant. Da zur Abrechnung der Übergangspflege ein eigenständiger Datensatz nach § 301 SGB V angelegt wird, kann die Ausgliederung nach Durchführung der Kostenträgerrechnung auf Fallebene erfolgen. Die Tabelle 2 (S.14 (DRG)) wird um eine Zeile ergänzt:

Krankenhausleistung	DRG-relevant	Nicht DRG-relevant	Übermittlung Kostendaten
Leistungen der Übergangspflege nach § 39e Abs. 1 SGB V		x	

Hinweis: Wenn das Krankenhaus Fälle der Übergangspflege (Aufnahmegrund „11xx“) im §-21-Datensatz übermittelt, können auch die korrespondierenden Kostendaten übermittelt werden.

Kalkulation im PEPP-Entgeltbereich

➤ Anpassung der Ergänzenden Datenbereitstellung

Die Datei der ergänzenden Datenbereitstellung mit den Informationen zur gerichtlichen Unterbringung entfällt ab dem Datenjahr 2023. Da in der Vergangenheit die Analysen zur Integration der Informationen zur gerichtlichen Unterbringung als Kostentrenner in das PEPP-Entgeltsystem keine positiven Ergebnisse erzielen konnten, werden die Daten für zukünftige Analysen nicht mehr benötigt.