

Empfehlung
gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
für die
Kalkulation von Zusatzentgelten

des AOK-Bundesverbandes, Bonn

des BKK Bundesverbandes, Essen

des IKK-Bundesverbandes, Bergisch Gladbach

des Bundesverbandes der landw. Krankenkassen, Kassel

der Knappschaft, Bochum

der See-Krankenkasse, Hamburg

des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

des AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg und

des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Köln

- gemeinsam und einheitlich -

sowie

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

Präambel

Um den örtlichen Vertragsparteien eine Hilfestellung für die Kalkulation von sonstigen Entgelten nach § 6 KHEntgG zu geben, haben sich die Vertragsparteien auf der Bundesebene auf die nachfolgenden Kalkulationsempfehlungen geeinigt. Aufgrund des hohen Spezialisierungsgrades der relevanten Leistungen und des innovativen Charakters von neuen Untersuchungs- und Behandlungsleistungen können die Empfehlungen keine vollumfänglichen oder abschließenden Hinweise geben. Entsprechend der zu kalkulierenden Leistung oder der kosten- und leistungsrechnerischen Voraussetzungen eines Krankenhauses können die nachfolgend dargestellten Verfahrensweisen angepasst oder von diesen abgewichen werden.

§ 1

Rechtliche Grundlagen

- (1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG Empfehlungen für die Kalkulation und Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die nach § 6 KHEntgG gesonderte Entgelte vereinbart werden können.
- (2) Gemäß § 6 KHEntgG sind die Empfehlungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 von den örtlichen Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG bei der Kalkulation von krankenhausesindividuellen Entgelten für
 - Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, die in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden,
 - Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG, die ab dem Jahr 2005 noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können,
 - Leistungen von besonderen Einrichtungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG i. V. mit § 17 b Abs. 1 Satz 15 KHG,
 - neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

zu beachten.

§ 2 Kalkulationsempfehlungen

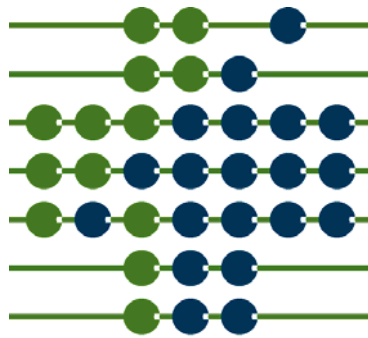
- (1) Die Vertragsparteien nach § 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG haben das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK) beauftragt, für die örtlichen Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG eine Hilfestellung für die Kalkulation von krankenhausespezifischen Zusatzentgelten zu erarbeiten. Diese Hinweise des InEK vom 11.11.2005 (Anlage) sind Inhalt der gemeinsamen Empfehlung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG.
- (2) Die Kalkulationshinweise betreffen ausschließlich die Kalkulation von Zusatzentgelten und nicht die Kalkulation von fall- oder tagesbezogenen Entgelten.

§ 3 Übermittlung der Vereinbarungsergebnisse

- (1) Wird eine Fallpauschale oder ein Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vereinbart, melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9 KHEntgG; dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende ausführliche Beschreibung der Methode zu übermitteln.
- (2) Nach Vereinbarung eines Zusatzentgelts nach § 6 Abs. 2a KHEntgG melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9 KHEntgG. Dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende ausführliche Begründung zu den Voraussetzungen nach § 6 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG zu übermitteln.
- (3) Die Vertragsparteien nach § 9 KHEntgG vereinbaren, dass die Informationen und Unterlagen nach den Absätzen 1 und 2 von den an der Vereinbarung nach § 6 Abs. 2 oder Abs. 2a KHEntgG beteiligten gesetzlichen Krankenkassen zeitnah an das InEK zu übermitteln sind. Die Meldung über Art und Höhe des Entgelts sowie die zu Grunde liegenden Kalkulationsdaten erfolgt in elektronischer Form als maschinenlesbare Tabelle möglichst entsprechend der Anlagen D bis F der Kalkulationshinweise des InEK. Die Übermittlung ggf. vorhandener weiterer Kalkulationsunterlagen und Begründungen soll formlos ebenfalls elektronisch erfolgen.
- (4) Die Vertragsparteien nach § 9 KHEntgG beauftragen das InEK, die Informationen und Unterlagen stellvertretend für die Vertragsparteien entgegenzunehmen, die Meldungen über die Art und Höhe der Zusatzentgelte krankenhausespezifisch aufzuarbeiten und die Vertragsparteien bis zum 30.09. eines Jahres tabellarisch über die vereinbarten Zusatzentgelte je Krankenhaus zu informieren.

§ 4 Geltungsdauer

Diese Empfehlung tritt am 01. Januar 2006 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von 6 Monaten jeweils zum 30.06 oder 31.12. eines Jahres durch einen der beiden Vertragspartner durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.



InEK

Hilfestellung
für die Kalkulation von
Zusatzentgelten gem.
§ 6 Abs. 1 KHEntgG und
Zusatzentgelten für
neue Untersuchungs- und
Behandlungsmethoden
gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG

Siegburg, den 11. November 2005

Institut für das
Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH
Auf dem Seidenberg 3
53721 Siegburg

Telefon 0 22 41 - 93 82 - 0
Fax 0 22 41 - 93 82 - 36

Inhaltsverzeichnis

	Seite	
1	Einführung	2
2	Grundlagen	3
2.1	G-DRG-System	3
2.2	Kalkulationsdaten	3
3	Kostenkalkulation	4
3.1	Allgemeine Hinweise	4
3.2	Operative und interventionelle Verfahren, Komplexbehandlungen und andere besondere Verfahren	6
3.3	Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	9
3.4	Dialysen und verwandte Verfahren	10
	Anlage A	13
	Anlage B	14
	Anlage C	14
	Anlage D	15
	Anlage E	16
	Anlage F	17
	Anlage G	18

1 Einführung

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) regelt in § 17b Abs. 1 Satz 12, dass, soweit es zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, die Vertragsparteien Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren können.

Die FPV enthält in den Anlagen 4 bzw. 6 Leistungen, für die gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG die Höhe der Entgelte zwischen den Vertragsparteien gem. § 18 Abs. 2 KHG krankenhausspezifisch zu vereinbaren ist.

Das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sieht in § 6 Abs. 2 vor, dass für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von den Vertragsparteien gem. § 11 KHEntgG zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart werden können, sofern die weiteren in § 6 Abs. 2 KHEntgG genannten Voraussetzungen gegeben sind.

Durch Beschluss der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG wurde das InEK beauftragt, für die Vertragsparteien eine Hilfestellung zur sachgerechten Umsetzung der für die Vereinbarung der Entgelthöhe erforderlichen Kostenkalkulation der betreffenden Leistungen zu erarbeiten.

Das vorliegende Dokument beschreibt – im Sinne eines Leitfadens – Kalkulationsansätze, die die Besonderheiten der Leistungserstellung durch differenzierte Verfahrensweisen für verschiedene Leistungsarten berücksichtigen.

Angesichts des hohen Spezialisierungsgrades der hier betrachteten Leistungen liegt es in der Natur der Sache, dass die Krankenhäuser individuelle Strukturen und Verfahrensweisen der Behandlung etabliert haben. Nicht zu allen Leistungen liegen dem InEK ausreichend detaillierte Informationen über die Art der Leistungserbringung vor. Teilweise wurde von den Krankenhäusern im Rahmen der Kalkulation zu einzelnen Leistungen nur eine sehr kleine Zahl von Datensätzen übermittelt, die nicht immer generelle Rückschlüsse auf die Art der Leistungserbringung zulassen.

Daher sind die beschriebenen Verfahrensweisen grundsätzlich auf die vorhandenen Leistungsstrukturen zu beziehen und krankenhausspezifische Gegebenheiten bei der Kalkulation von Zusatzentgelten gem. § 6 Abs. 1 oder Abs. 2 KHEntgG zu berücksichtigen.

Im Text dieser Hilfestellung wird zur besseren Lesbarkeit nur auf die Kalkulation von Zusatzentgeltleistungen im Sinne von § 6 Abs. 1 KHEntgG abgestellt. Die Erläuterungen sind jedoch sinngemäß auch auf die Kalkulation von Kosten neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG anzuwenden.

2 Grundlagen

2.1 G-DRG-System

Für das G-DRG-System sind verschiedene Regelwerke und Verfahrensdokumentationen etabliert. Von besonderer Relevanz sind im vorliegenden Zusammenhang:

- Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten (Version 2.0),
- Aktualisierungen und Ergänzungen zum Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten vom 17.12.2004,
- Deutsche Kodierrichtlinien in jeweils gültiger Fassung.

Die dort getroffenen Regelungen und Hinweise sollten – soweit im vorliegenden Zusammenhang relevant – beachtet werden.

2.2 Kalkulationsdaten

Die für die Kalkulation benötigte Datengrundlage umfasst insbesondere folgende Informationen:

- Medizinische Falldaten dokumentieren u.a. die im Behandlungsverlauf erbrachten therapeutischen bzw. diagnostischen Leistungen am Patienten. Dies erfolgt primär über ausreichend differenzierte OPS-Kodes. Liegen diese nicht oder nicht differenziert genug vor, kann auf (ggf. ergänzende) Dokumentationen des Krankenhauses zu erbrachten Einzelleistungen zurückgegriffen werden.
- Leistungsdaten beschreiben den mit einer erbrachten Leistung verbundenen Einsatz an Personal- und Sachressourcen. Dazu sind die für die Leistungserstellung benötigten Mengen (z.B. Tätigkeitszeiten der beteiligten Dienstleistungen, verbrauchte Materialien) zu erfassen bzw. sachgerecht zu schätzen.
- Kostendaten liegen in der internen Kostenrechnung des Krankenhauses in einer Kostenarten-/Kostenstellenzuordnung vor. Die Zusatzentgeltkalkulation sollte sich auf die DRG-relevanten Kosten stützen, die mit der betrachteten Leistung in Verbindung stehen. Einzelheiten dazu können den Erläuterungen des Kalkulationshandbuchs entnommen werden.

Krankenhäuser, die sich an der Kalkulation für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems beteiligen, können die dabei gewonnenen Fallkosteninformationen heranziehen.

3 Kostenkalkulation

3.1 Allgemeine Hinweise

Betrachtete Leistungen

Dieses Kapitel stellt differenzierte Kalkulationsansätze vor, die den Besonderheiten der jeweils betrachteten Leistung Rechnung tragen. Dabei werden unterschieden:

- Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Komplexbehandlungen und andere besondere Verfahren)
- Gabe von Medikamenten oder Blutprodukten
- Dialysen und verwandte Verfahren

Verfahrensgrundsätze

Unabhängig von den leistungsspezifischen Besonderheiten sind für die Durchführung der Kalkulation die folgenden Fragestellungen von grundsätzlicher Bedeutung:

1. Welche Leistung wird betrachtet?

Die Kalkulation sollte sich auf die einmalige Erbringung einer durch einen Prozedurencode beschriebenen Leistung beziehen. Bei kontinuierlichen Verfahren sollten die Kosten für ein fixes Zeitintervall von bspw. 24 Stunden kalkuliert werden.

Beispiel: Für ZE 2005-21 *Selbstexpandierende Prothesen an Ösophagus und Gallengängen* liegen spezifische OPS-Kodes vor, die nach offen chirurgischem und endoskopischem Verfahren sowie nach Anzahl der eingebrachten Prothesen differenzieren. Die Kosten sollten für jede einzelne der in Anlage 6 der FPV 2005 enthaltenen und über OPS-Kodes definierten Leistungen kalkuliert werden, sofern das Krankenhaus die betreffende Leistung erbringt.

2. Welcher Ressourceneinsatz ist zu berücksichtigen?

In die Kalkulation sollte der unmittelbar mit der definierten Leistung einhergehende Personal- und/oder Sachmitteleinsatz einbezogen werden. In Folge der Leistung mittelbar ausgelöster Ressourceneinsatz sollte bei der Kalkulation nicht berücksichtigt werden, da dieser bereits mit der Fallpauschale vergütet wird.

Beispiel: ZE 2005-08 *Sonstige Dialyse* fasst verschiedene Dialyseverfahren zusammen. Der Kalkulation sollten die unmittelbar für das einzelne Verfahren entstehenden Personal- und Sachmitteleinsätze zugrunde gelegt werden. Ggf. erhöhter Pflegeaufwand für die betreffenden Patienten auf der Normalstation in Folge der Dialysebehandlung bleibt für die Zusatzentgeltkalkulation außer Betracht.

3. Wie werden die Kosten der Leistungserbringung berechnet?

Der für die Leistung anfallende Personal- und Sachmitteleinsatz sollte über je Mengeneinheit kalkulierte Kostensätze bewertet werden. Als Grundlage der Kostensatzberechnung sollten die DRG-relevanten Kosten dienen, deren Abgrenzung in Kapitel 3 des Kalkulationshandbuches erläutert ist. Besondere Sorgfalt sollte auf die differenzierte Einbeziehung der Kosten teurer Sachgüter aus dem Bereich der Implantate, Medikamente und Blutprodukte sowie des übrigen medizinischen Sachbedarfs gelegt werden. In Anlage 10 des Kalkulationshandbuches (Bestandteil der Aktualisierungen und Ergänzungen zum Kalkulationshandbuch vom 17. Dezember 2004) sind entsprechende Artikelgruppen aufgeführt.

Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur sollten im vorliegenden Zusammenhang über einen pauschalen Zuschlag einbezogen werden, sofern die nachfolgenden Erläuterungen dies vorsehen. Andernfalls sollten diese Kosten unberücksichtigt bleiben, da kein direkter Bezug zur betrachteten Leistung besteht.

4. Welcher Kostenumfang wird berücksichtigt?

Der einzubeziehende Kostenumfang richtet sich nach der betrachteten Leistung:

Für die Gabe von **Medikamenten** oder **Blutprodukten** sowie für **Dialysen und verwandte Verfahren** sollten die Kosten einer einmalig erbrachten Leistung kalkuliert werden.

Bei **operativen und interventionellen Verfahren** sowie **Komplexbehandlungen und anderen besonderen Verfahren** sollte beachtet werden, dass in die Bewertungsrelation der für einen Fall abrechenbaren DRG-Fallpauschale Leistungs- und Kostenanteile eingegangen sind, die durch die zusatzentgeltrelevante Leistung teilweise substituiert werden. Für diese Leistungen sollte daher eine DRG-bezogene Differenzbetrachtung des Leistungs- und Kostenumfangs zwischen den Fällen mit und den Fällen ohne zusatzentgeltrelevanter Leistung vorgenommen werden. Für eine Zusatzentgeltvergütung sollten nur die Differenzkosten die maßgebliche Grundlage bilden. Die Verfahrensweise wird in Kapitel 3.2 näher erläutert.

Beispiel: Für das ZE 2005-01 *Beckenimplantate* sollten in die Zusatzentgeltkalkulation Implantate und Medikamente bzw. Blutprodukte sowie weitere Personal- und Sachleistungen im OP-Bereich und der Anästhesie einbezogen werden. Dabei sollte der Leistungs- und Kostenumfang zugrunde gelegt werden, der als Differenz zu einer Behandlung ohne Implantation von Knochenersatz am Becken anfallen würde. Würde das ZE 2005-01 auf Basis des vollständigen Leistungs- und Kostenumfanges für OP-Bereich und Anästhesie kalkuliert und ergänzend zu einer DRG-Fallpauschale mit operativem Leistungsanteil abgerechnet, so wäre dieser Leistungsanteil überfinanziert.

5. Was ist bei Zusatzentgelten mit mehreren Prozedurenkodes zu beachten?

Für diesen Fall bestehen zwei alternative Möglichkeiten:

Alternative A: Vereinbarung differenzierter Vergütungsbeträge für jede der durch einen OPS-Kode definierten und dem Zusatzentgelt zugeordnete Leistung auf Grundlage der jeweils leistungsbezogen kalkulierten Kosten.

Alternative B: Vereinbarung eines einheitlichen Vergütungsbetrags für die in einem Zusatzentgelt zusammengefassten Leistungen auf Grundlage der fallzahl-gewichtet berechneten mittleren (Differenz-)kosten aller dem Zusatzentgelt zugeordneten Leistungen.

3.2 Operative und interventionelle Verfahren, Komplexbehandlungen und andere besondere Verfahren

Die Kostenkalkulation der hier betrachteten Leistungen sollte so durchgeführt werden, dass dabei sowohl die individuelle Ausprägung der Leistung als auch die dafür etablierten Behandlungsstrukturen des Krankenhauses Berücksichtigung finden.

Leistungen

Anlage A führt die Zusatzentgelte auf, für die die nachfolgenden Erläuterungen relevant sind.

Kalkulationsdaten

Anlage A gibt leistungsbezogen Hinweise zu den Kostenanteilen, die typischerweise einbezogen werden sollten.

- Kosten für teure Sachmittel

Vielfach werden bei den hier betrachteten Leistungen teure Sachgüter eingesetzt. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um

- Implantate (Gelenk- und Knochenprothesen, implantierbare Aggregate, Stents),
- Übrigen medizinischen Sachbedarf (Herz-/Röntgenkatheter, spezielle Materialsets),
- Teure Medikamente und Blutprodukte.

Anlage 10 des Kalkulationshandbuchs gibt eine Orientierung zu in Frage kommenden Artikeln.

Die Kosten teurer Sachgüter sollten anhand des unmittelbar für die jeweilige Leistung anfallenden Verbrauchs berücksichtigt werden. In Anlage A sind die Materialien gekennzeichnet, die als für die aufgeführten Leistungen typischer Verbrauch angesehen werden können. Aus der tatsächlichen Behandlungssituation im Krankenhaus begründeter regelmäßiger Einsatz nicht gekennzeichnete Sachmittel sollte ebenfalls in die Kostenberechnung einbezogen werden.

- Übrige Kosten für Personal- und Sachmittel

Dazu zählen

- Personalkosten Ärztlicher Dienst,
- Personalkosten Pflegedienst,
- Personalkosten Funktionsdienst und med.-techn. Dienst,
- Sachkosten Medikamente (außer teure Artikel),
- Sachkosten übriger med. Bedarf (außer teure Artikel),
- Personal- und Sachkosten der medizinischen Infrastruktur.

Für die Kalkulation sind diese Kosten mindestens in den in Anlage A genannten Leistungsbereichen relevant. Die Leistungsbereiche umfassen

- Bereich Operation/Anästhesie: OP-Bereich, Herzkatheterlabor (diagnostische und interventionelle Verfahren), Endoskopischer Eingriffsraum, andere Eingriffsräume, Anästhesie (im OP bzw. Eingriffsraum)
- Bereich Diagnostik: Radiologie, Labor, übrige diagnostische und therapeutische Bereiche (z.B. Funktionsdiagnostik, Strahlentherapie, Sonographie)
- Bereich Intensivstation: Intensivbehandlung und –überwachung, Neonatologie, Intermediate Care

Falls für eine im vorliegenden Zusammenhang relevante Leistung regelmäßig Kosten in einem anderen als den aufgeführten Leistungsbereichen anfallen, sollten diese Kosten ebenfalls in die Kalkulation einbezogen werden.

- Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur

Personal- und Sachkosten der nicht medizinischen Infrastruktur sollten über einen zu vereinbarenden pauschalen Zuschlag in die Kalkulation einbezogen werden.

Differenzbetrachtung

Für die Kalkulation sollten Differenzkosten zwischen Fällen mit und Fällen ohne zusatzentgeltrelevanter Leistung berechnet werden. Dabei sollten mindestens diejenigen Kostenanteile in die Kalkulation einbezogen werden, die typischerweise bei der betreffenden Leistung anfallen und den wesentlichen Kostenunterschied zu Behandlungen ohne die betrachtete Leistung begründen. Diese Kostenanteile sind in der Übersicht in Anlage A grau hinterlegt. Dies schließt nicht aus, dass darüber hinaus auch nicht gekennzeichnete Kostenanteile in die Kalkulation einfließen können, wenn sie im Rahmen der etablierten Behandlungsstrukturen des Krankenhauses für die betrachtete Leistung anfallen und in der typischerweise angesteuerten DRG nicht enthalten sind.

Beispiel: Für die isolierte Extremitätenperfusion (ZE2005-16) wird u.a. das hochteure Medikament TNF-Alpha benötigt. Das Verfahren wird im Operationssaal unter Einsatz einer Gamma-Kamera und einer Herz-Lungen-Maschine durchgeführt. Daran schließt sich regelmäßig eine mehrtägige Intensivüberwachung der Patienten an. Die Kosten der genannten wesentlichen Leistungsbestandteile sind in der typischerweise für die betreffenden Patienten angesteuerten DRG (z.B. I65A, DRG Version 2005) nicht in ausreichender Höhe berücksichtigt und sollten daher im Rahmen einer Differenzkostenberechnung einer Zusatzentgeltvergütung zugrunde gelegt werden.

Für jedes Zusatzentgelt sollten die berechneten Differenzkosten in einem Kalkulationsblatt eingetragen werden (vgl. Muster in Anlage D).

Datenaufbereitung (Kalkulationsblatt in Anlage D)

Als Grundlage der Kalkulation sollte ein vom Krankenhaus zu erstellender standardisierter Leistungsumfang für die betrachtete Leistung dienen. Dieser Standard sollte die im Durchschnitt je Fall anfallende **Differenz** des Personal- und Sachmitteleinsatzes gegenüber einer Patientenbehandlung ohne die betrachtete Leistung enthalten. Der Leistungsstandard sollte mit Kosten bewertet im Kalkulationsblatt eingetragen werden. Dabei ist eine weitergehende Differenzierung in der Darstellung jederzeit möglich.

Die benötigten teuren Sachmittel sollten im Kalkulationsblatt bezeichnet und die für die Leistung typischerweise anfallende Menge angegeben werden. Die Kosten von ausschließlich für den zu kalkulierenden Leistungsumfang eingesetzten Sachmitteln sollten in voller Höhe einbezogen werden. Im Übrigen sollten im Rahmen der Zusatzentgeltkalkulation nur die Differenzkosten der Artikelgruppen berücksichtigt werden. Daher sollte von den Brutto-Materialkosten der Kostenanteil abgezogen werden, der auch für Behandlungen ohne die betrachtete zusatzentgeltrelevante Leistung anfallen würde. Im Kalkulationsblatt sollten daher die Differenzkosten als Summe für die aufgeführten Artikel eingetragen werden.

Beispiel 1: Die Kosten eines implantierten Zwerchfellschrittmachers (ZE2005-18) sollten in voller Höhe in die Kalkulation eingehen, da für die Patienten der Vergleichsgruppe dieses oder ein vergleichbares Aggregat nicht eingesetzt wird.

Beispiel 2: Die Kosten eines Medikamente-freisetzenden Koronarstents (ZE2005-19) sollten nur in Höhe der Differenz zu den Kosten der in der Vergleichsgruppe eingesetzten, nicht Medikamente-freisetzenden Koronarstents eingehen.

Die zuzurechnenden weiteren Kosten für Personal- und Sachmitteleinsatz sollten nach Personal- und Sachkostenanteil separat ausgewiesen werden.

Der Personalkostensatz je Tätigkeitsminute sollte für jede beteiligte Dienstart auf Basis der Jahresarbeitszeit abzüglich der Ausfallzeiten berechnet werden. Der Kostensatz je Mengeneinheit (ME) für die verbrauchten Sachmittel sollte sich aus den Brutto-Materialpreisen ergeben. Alternativ besteht die Möglichkeit, die relevanten Kostensätze nach den Vorgaben des Kalkulationsschemas zu berechnen.

3.3 Gabe von Medikamenten und Blutprodukten

Leistungen

Anlage B führt die Zusatzentgelte auf, für die die nachfolgenden Erläuterungen relevant sind.

Kalkulationsdaten

Für die Kalkulation sollten je Fall folgende Informationen über die erbrachte Leistung einbezogen werden:

- Verabreichtes Präparat
- Verabreichte Dosis bzw. Mengeneinheiten
- Kosten je Mengeneinheit.

Für teure Medikamente und Blutprodukte sollten der Kalkulation die unmittelbar für die betrachtete Leistung dokumentierten Verbrauchsmengen je Fall zugrunde gelegt werden. Bei fehlender fallbezogener Dokumentation könnte auf Basis des typischen Verbrauchs der betrachteten Fallgruppe kalkuliert werden.

Die Kosten je definierter Mengeneinheit sollten anhand der Brutto-Materialkosten berechnet werden.

Für jedes Zusatzentgelt sollten die berechneten Gesamtkosten in das Kalkulationsblatt in Anlage E eingetragen werden.

Datenaufbereitung (Kalkulationsblatt in Anlage E)

Für jede Leistung sollte eine als Bezugsgröße der Kalkulation dienende Mengeneinheit (in der Regel mg, I.E. oder TE) festgelegt werden, die sich nach der üblichen Darreichungsform des jeweiligen Wirkstoffs oder Blutprodukts richtet. Der für eine Mengeneinheit berechnete Kostensatz dient als Grundlage der weiteren Berechnungen.

Zur Berücksichtigung der Variabilität der Mengenverbräuche je Behandlungsfall sollten je Leistung mehrere Dosisklassen gebildet werden, die die dosisabhängigen Kosten-spannweiten abdecken.

Der zu kalkulierende Kostenwert je Dosisklasse sollte sich aus dem mittleren Verbrauch der in der jeweiligen Klasse zusammengefassten Fälle, multipliziert mit dem Kostensatz je Mengeneinheit ergeben. Dieser Wert sollte für die jeweilige Dosisklasse in das Kalkulationsblatt eingetragen werden.

Bei Vereinbarung von Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren sollten die geltenden landesrechtlichen Vergütungsregelungen beachtet werden.

3.4 Dialysen und verwandte Verfahren

Leistungen

Anlage C führt die Zusatzentgelte auf, für die die nachfolgenden Erläuterungen relevant sind.

Kalkulationsdaten

Für die Kalkulation sollten je Fall folgende Informationen über die erbrachte Leistung verwendet werden:

- Art des Dialyseverfahrens
- Anzahl der erbrachten Leistungen oder
- Gesamtdauer des Verfahrens

Als Grundlage der Kalkulation sollte ein vom Krankenhaus zu erstellender standardisierter Leistungsumfang für die betrachtete Leistung dienen. Dieser Standard sollte den im Durchschnitt anfallenden Personal- und Sachmitteleinsatz enthalten. Im Kalkulationsblatt (vgl. Anlage F) sollte der Leistungsstandard mit Kosten bewertet werden.

Bei der Kostenkalkulation sollte zwischen intermittierenden und kontinuierlichen Verfahren unterschieden werden:

- Intermittierende Verfahren bezeichnen in ihrem Umfang und zeitlichen Verlauf gleichförmige Leistungen, die mit dem Ende eines einzelnen Zyklus abgeschlossen sind. Sie werden meistens in einem regelmäßigen Turnus erbracht. So kann z.B. für eine intermittierende Hämodialyse von einer 3- bis 5-stündigen Zyklusdauer in einem Turnus von 2 Tagen ausgegangen werden.

Bei intermittierenden Verfahren sollte das in einem abgeschlossenen Zyklus durchgeführte therapeutische Verfahren die Bezugsgröße der Kostenkalkulation darstellen.

- Bei kontinuierlichen Verfahren wird ebenfalls ein gleichförmiger Leistungsumfang erbracht, die Dauer des Verfahrens richtet sich jedoch nach den patientenindividuellen Erfordernissen und kann daher stark schwanken. Der innerhalb von 24 Stunden erbrachte Leistungsumfang sollte daher als einheitliche Bezugsgröße der Kostenkalkulation festgelegt werden.

Kontinuierliche Dialyseverfahren sind im OPS-Katalog über 6-stellige Codes nach unterschiedlichen Zeitintervallen definiert. Für die Zusatzentgeltkalkulation sollte der für 24 Stunden Verfahrensdauer berechnete Kostenwert mit der Klassenmitte des zum OPS-Kode angegebenen Zeitintervalls multipliziert werden.

Die berechneten Verfahrenskosten sollten in das Kalkulationsblatt in Anlage F eingetragen werden.

Datenaufbereitung (Kalkulationsblatt in Anlage F)

Standardkosten sollten für jede zusatzentgeltrelevante Verfahrensart berechnet werden, die das Krankenhaus durchführt. Als Grundlage der Berechnung sollte ein vom Krankenhaus zu erstellender standardisierter Leistungsumfang je Verfahrensart dienen. Dieser sollte sich auf den für die jeweilige Patientengruppe im Durchschnitt anfallenden Umfang an Personal- und Sachmitteleinsatz beziehen. Dazu können entweder die Daten einer Stichprobe an Fällen herangezogen oder Expertenschätzungen zugrunde gelegt werden.

Der Personalkostensatz je Tätigkeitsminute sollte für jede beteiligte Dienstart auf Basis der Jahresarbeitszeit abzüglich der Ausfallzeiten berechnet werden. Der Kostensatz je Mengeneinheit (ME) für die verbrauchten Sachmittel sollte sich aus den Brutto-Materialpreisen ergeben. Alternativ besteht die Möglichkeit, die relevanten Kostensätze nach den Vorgaben des Kalkulationsschemas zu berechnen.

Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur sollten in den Standard nicht einbezogen werden, da sich kein unmittelbarer Bezug zur Leistung herstellen lässt. Diese Kosten sollten in Form eines zu vereinbarenden pauschalen Kostenbetrags je Leistung berücksichtigt werden.

Für die Standarderstellung bei kontinuierlichen Verfahren wäre es zweckmäßig, sich an den Leistungsinhalten von einzelnen Teilprozessen des Gesamtverfahrens zu orientieren. Bei der kontinuierlichen Hämodialyse (CVVH) ließen sich z.B. unterscheiden:

- Phase 1: Anlage des Katheters
- Phase 2: Kontinuierlicher Betrieb
- Phase 3: Wechsel bzw. Abbau der Filtereinrichtung

Anlage G zeigt – ohne Anspruch auf Allgemeingültigkeit – je einen Beispiel-Standard für ein intermittierendes und ein kontinuierliches Verfahren.

Bei dem Verfahren der Immunadsorption sollte beachtet werden, dass die dabei benötigten Filter bis zu 20 Mal für einen Patienten eingesetzt werden können. Für die Kalkulation sollte ein Kostensatz bezogen auf einen Einsatz dieses Sachgutes berechnet werden, dem die Verbrauchskosten für alle einbezogenen Patienten der Periode zugrunde liegen. Der Kostenbetrag je Einsatz sollte sich damit wie folgt errechnen:

$$\text{Gesamtkosten der Filter in der Kalkulationsperiode} / \text{Gesamtzahl der Einsätze}$$

Bei kontinuierlichen Verfahren empfiehlt es sich, für jedes der mittels OPS-Kode definierten Zeitintervalle einen Vergütungsbetrag zu berechnen.

Anlage A

Operative und interventionelle Verfahren, Komplexbehandlungen und andere besondere Verfahren

Leistungen			Kosten für teure Sachmittel			Übrige Kosten für Personal und Sachmittel			Nicht-med. Infrastruktur
Zusatzentgelt 2005	Zusatzentgelt 2006	Bezeichnung	Implantate	übrige Sachgüter	Blut/Me-dikamente	Operation/ Anästhesie	Diagnostik	Intensiv-station	
ZE2005-01	ZE2006-01	Beckenimplantate							
ZE2005-02	ZE2006-02	Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme ("Kunstherz")							
ZE2005-03	ZE2006-03	ECMO							
ZE2005-04	ZE2006-04	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich							
ZE2005-05	ZE2006-05	Distraktion am Gesichtsschädel							
ZE2005-06	ZE2006-06	Neuroprothesen, Neurostimulatoren zur Vordenwurzelstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems							
ZE2005-07	ZE2006-07	Andere implantierbare Medikamentenpumpen							
ZE2005-16	ZE2006-16	Isolierte Extremitätenperfusion							
ZE2005-17	ZE2006-17	Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthalts							
ZE2005-18	ZE2006-18	Zwerchfellschrittmacher							
ZE2005-19	ZE2006-19	Medikamente-freisetzende Koronarstents							
ZE2005-20	--	Radioaktive Koronarstents							
ZE2005-21	ZE2006-21	Selbstexpandierende Prothesen an Ösophagus und Gallengängen							
ZE2005-22	ZE2006-22	IABP							
ZE2005-23	ZE2006-23	Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal							
ZE2005-24	ZE2006-24	Penisprothesen							
ZE2005-25	ZE2006-25	Modulare Endoprothesen							
--	ZE2006-42	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation, Mehrelektrodensystem							
--	ZE2006-43	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen							
ZE2005-26	ZE2006-26	Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung					nach individueller Vereinbarung		
ZE2005-36	ZE2006-36	Versorgung von Schwerstbehinderten					nach individueller Vereinbarung		
--	ZE2006-40	Naturheilkundliche Komplexbehandlung					nach individueller Vereinbarung		
--	ZE2006-41	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems					nach individueller Vereinbarung		
--	ZE2006-44	Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, mit In-vitro-Aufbereitung					nach individueller Vereinbarung		
--	ZE2006-45	Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen					nach individueller Vereinbarung		

Legende: = mindestens zu berücksichtigende Kostenanteile

Anlage B

Gabe von Medikamenten und Blutprodukten		
Zusatzentgelt 2005	Zusatzentgelt 2006	Bezeichnung
ZE2005-27	ZE2006-27	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren
ZE2005-28	ZE2006-28	Gabe von Adalimumab, parenteral
ZE2005-29	ZE2006-29	Gabe von Gemtuzumab Ozogamicin, parenteral
ZE2005-30	--	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral
ZE2005-31	ZE2006-31	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral
ZE2005-32	ZE2006-32	Gabe von Infliximab, parenteral
ZE2005-33	ZE2006-33	Gabe von Sargramostim, parenteral
ZE2005-34	ZE2006-34	Gabe von Granulozytenkonzentraten
ZE2005-35	ZE2006-35	Fremdbezug von Hämatopoetischen Stammzellen
--	ZE2006-38	Gabe von Imatinib, oral
--	ZE2006-39	Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral
--	ZE2006-46	Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin

Anlage C

Dialysen und verwandte Verfahren		
Zusatzentgelt 2005	Zusatzentgelt 2006	Bezeichnung
ZE2005-08	ZE2006-08	Sonstige Dialyse
ZE2005-09	ZE2006-09	Hämoperfusion
ZE2005-10	ZE2006-10	Leberersatztherapie
ZE2005-11	--	Extrakorporale Photopherese
ZE2005-12	--	Plasmapherese
ZE2005-13	ZE2006-13	Immunadsorption
ZE2005-14	ZE2006-14	LDL-Apherese
ZE2005-15	ZE2006-15	Zellapherese
--	ZE2006-37	Hämodiafiltration

Anlage D

Operative und interventionelle Verfahren, Komplexbehandlungen und andere besondere Verfahren

Zusatzentgelt			
Bezeichnung			
Leistung (OPS-Kode)			
Fallbasis	DRG	Bezeichnung	Anzahl Fälle
Grouperversion:			
Erläuterungen			

Teure Sachmittel				
(Differenz zu den für die Fallgruppe ohne betrachtete Leistung typischen Kosten)				
Implantate	Menge			Betrag (€)
Artikelbezeichnung				
Artikelbezeichnung				
<i>Zwischensumme</i>				
Übriger medizinischer Sachbedarf	Menge			Betrag (€)
Artikelbezeichnung				
Artikelbezeichnung				
<i>Zwischensumme</i>				
Medikamente und Blutprodukte	Menge			Betrag (€)
Artikelbezeichnung				
Artikelbezeichnung				
<i>Zwischensumme</i>				
Übriger Personal- und Sachmitteleinsatz				
(Differenz zu dem für die Fallgruppe ohne betrachtete Leistung typischen Mitteleinsatz)				
Operation / Anästhesie	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag (€)
Bezeichnung Personaleinsatz				
Bezeichnung Sachmitteleinsatz				
<i>Zwischensumme</i>				
Diagnostik	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag (€)
Bezeichnung Personaleinsatz				
Bezeichnung Sachmitteleinsatz				
<i>Zwischensumme</i>				
Intensivstation	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag (€)
Bezeichnung Personaleinsatz				
Bezeichnung Sachmitteleinsatz				
<i>Zwischensumme</i>				
Summe Kosten der teuren Sachmittel				
Summe Kosten Personal- und Sachmitteleinsatz				
Infrastrukturzuschlag % (auf Kosten übriger Personal- und Sachmitteleinsatz)				
GESAMT				

Anlage E

Kalkulationsblatt für die Gabe von Medikamenten und Blutprodukten

Zusatzentgelt	
Bezeichnung	
Leistung (OPS-Kode)	
Erläuterungen	

Bezugsgröße (ME):		Kosten je 1 ME:	
Dosisklasse (Menge von...bis)	ZE _D	Betrag (€)	

Anlage F

Kalkulationsblatt für Dialysen und verwandte Verfahren

Zusatzentgelt	
Bezeichnung	
Leistung (OPS-Kode)	
Erläuterungen	

Kosten für Personal- und Sachmitteleinsatz				
Bezeichnung	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag (€)
Bezeichnung Personaleinsatz				
Bezeichnung Personaleinsatz				
Bezeichnung Sachmitteleinsatz				
Bezeichnung Sachmitteleinsatz				
<i>Zwischensumme</i>				
Infrastrukturzuschlag				
GESAMT				

Anlage G

Beispiel: Leistungsstandard intermittierende Hämodialyse

Hämodiafiltration, intermittierend					
OPS (Version 2004): 8-855.0					
Bezug: Zyklus					
KoAGr	Leistungen	Einheit	Menge	Kosten/ME	Kosten
Personal					
1	Ärztlicher Dienst	Min Tätigk.	30	0,85	25,50
2	Pflegedienst	Min Tätigk.	120	0,45	54,00
Sachmittel					
Medikamente					
4a	Dialyselösung 2 l./Std.	Liter	10	2,60	26,00
4a	Heparin/Citrat	Stück	1	3,50	3,50
Übriger med. Bedarf					
6a	Materialset inkl. Schlauchsystem	Stück	1	69,00	69,00
6a	Katheter	Stück	1	58,00	58,00
6a	Sonstiges	Stück	1	5,00	5,00
Infrastruktur					
7	Gerätewartung	Min Einsatz	300	0,01	3,00
Gesamtkosten pro Zyklus					244,00

Beispiel: Leistungsstandard kontinuierliche Hämodialyse

Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)					
OPS (Version 2004): 8-854.1					
Bezug: 24 Stunden Verfahrensdauer					
KoAGr	Leistungen	Einheit	Menge	Kosten/ME	Kosten
Personal					
1	Ärztlicher Dienst	Min Tätigk.	30	0,85	25,50
2	Pflegedienst	Min Tätigk.	120	0,45	54,00
Sachmittel					
Medikamente					
4a	Dialyselösung 2 l./Std	Liter	48	2,60	124,80
4a	Heparin/Citrat	Stück	1	3,10	3,10
4a	NaCl	Liter	6	0,70	4,20
Übriger med. Bedarf					
6a	Materialset CVVH	Stück	0,8	120,00	96,00
6a	Katheter (Doppellumen)	Stück	1	58,00	58,00
6a	Sonstiges	Stück	1	5,00	5,00
Infrastruktur					
7	Gerätewartung	Min Einsatz	1440	0,01	14,40
Gesamtkosten pro 24 Stunden					385,00