

**Vereinbarung über  
Empfehlungen  
gemäß § 9 Absatz 1 Nr. 4 BPfIV  
für die  
Kalkulation von Krankenhausindividuellen Entgelten**

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln,

- gemeinsam -

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

- nachfolgend Vertragsparteien genannt -

## **Präambel**

In Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 4 BpflV haben sich die Vertragsparteien auf die nachfolgenden Kalkulationsempfehlungen geeinigt. Hierdurch soll den Vertragsparteien nach § 11 BpflV eine Hilfestellung für die Kalkulation von Entgelten nach § 6 BpflV zur Verfügung gestellt werden. In Abhängigkeit 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 Vertragsparteien vereinbaren gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 4 BpflV mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 BpflV Empfehlungen für die Kalkulation und Vergütung von krankenhaushausindividuellen Entgelten nach § 6 Abs. 1 BpflV, von regionalen und strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung nach § 6 Abs. 2 BpflV und von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 4 BpflV, für die gesonderte Entgelte vereinbart werden können.
- (2) Das Krankenhaus hat gemäß § 6 Abs. 3 BpflV die Empfehlungen nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 BpflV bei der Kalkulation von krankenhaushausindividuellen Entgelten zu beachten und den anderen Vertragsparteien nach § 11 BpflV die entsprechenden Kalkulationsunterlagen vorzulegen.

## **§ 2**

### **Kalkulationsempfehlungen**

- (1) Zur Umsetzung ihres gesetzlichen Auftrags gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 4 BpflV haben die Vertragsparteien das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit der Entwicklung einer Hilfestellung für die Kalkulation von krankenhaushausindividuellen Entgelten gemäß § 6 BpflV beauftragt. Diese Hilfestellung des InEK (Anlage) ist Inhalt dieser Vereinbarung gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 4 BpflV.
- (2) Die Hilfestellung betrifft die Kalkulation von krankenhaushausindividuellen tages-, fall- oder zeitraumbezogenen Entgelten oder ergänzenden Zuschlägen.

## **§ 3**

### **Übermittlung der Kalkulationsunterlagen und der Vereinbarungsergebnisse**

Die Krankenkassen sind nach § 6 Abs. 2 BpflV und § 6 Abs. 4 BpflV verpflichtet, die Kalkulationsunterlagen und Vereinbarungsergebnisse an das InEK zu übermitteln.

#### **§ 4**

#### **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Klauseln oder eine Bestimmung dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Die Vertragsparteien werden die ungültige Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem Zweck der ungültigen Bestimmung möglichst nahekommt.

#### **§ 5**

#### **Kündigung**

Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum 31.10. eines jeden Jahres schriftlich gekündigt werden. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. Bis zu einer Neuvereinbarung gilt die bisherige Vereinbarung fort.

#### **§ 6**

#### **Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.02.2020 in Kraft.

Berlin, Köln, 28.01.2020

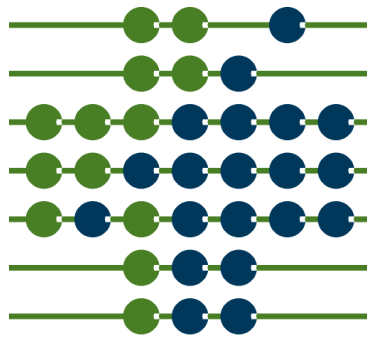
-----  
GKV-Spitzenverband

-----  
Verband der Privaten Krankenversicherung

-----  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**Anlage:**

- Hilfestellung für die Kalkulation von Krankenhausindividuellen Entgelten gemäß § 6 BpflV



# InEK

Hilfestellung  
für die Kalkulation von  
krankenhausindividuellen  
Entgelten  
gem. § 6 BPfIV

Siegburg, 28. Januar 2020

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

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



## Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>1 Einführung .....</b>	<b>2</b>
<b>2 Grundlagen .....</b>	<b>3</b>
2.1 Entgeltbereich ‚PSY‘ .....	3
2.2 Kalkulationsdaten .....	3
<b>3 Kostenkalkulation .....</b>	<b>4</b>
3.1 Allgemeine Hinweise .....	4
3.2 Untersuchungs- und Behandlungskosten für Entgelte gem. § 6 BpflV ...	5
3.2.1 Unbewertete PEPP gem. § 6 Abs. 1 BpflV .....	7
3.2.2 Regionale und strukturelle Besonderheiten .....	9
3.2.3 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-PEPP) ..	10
3.3 Gabe von Medikamenten .....	11



## 1 Einführung

Gemäß § 6 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) können die folgenden krankenhaushausindividuellen Entgelte vereinbart werden:

- tages-, fall-, oder zeitraumbezogene PEPP-Entgelte gemäß § 6 Abs. 1 BPfIV (unbewertete PEPP),
- tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte oder ergänzende Zuschläge für regionale und strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung gemäß § 6 Abs. 2 BPfIV,
- zeitlich befristete Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-PEPP) gemäß § 6 Abs. 4 BPfIV i. V. m. § 6 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG.

Diese Kalkulationsempfehlung dient als Hilfestellung zur Kalkulation der oben aufgeführten krankenhaushausindividuell zu verhandelnden Entgelte gemäß § 6 BPfIV.

Die Selbstverwaltungspartner nach § 17d KHG haben das InEK beauftragt, für die Vertragsparteien eine Hilfestellung zur sachgerechten Umsetzung der für die Vereinbarung der Entgelthöhe erforderlichen Kalkulation der betreffenden Leistungen zu erarbeiten.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene sind sich einig, dass eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode gemäß § 6 Abs. 4 BPfIV nur dann als eine solche vergütet werden kann, wenn nicht bereits eine Vergütung der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode im anfragenden Krankenhaus als regionale oder strukturelle Besonderheit gemäß § 6 Abs. 2 BPfIV erfolgt. Eine Doppelvergütung als regionale oder strukturelle Besonderheit gemäß § 6 Abs. 2 BPfIV und als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode gemäß § 6 Abs. 4 BPfIV ist ausgeschlossen.

Das vorliegende Dokument beschreibt – im Sinne eines Leitfadens – Kalkulationsansätze, die die Besonderheiten der Leistungserstellung berücksichtigen.

Die beschriebenen Verfahrensweisen sind grundsätzlich auf die vorhandenen Leistungsstrukturen zu beziehen; dabei sind krankenhaushausindividuelle Gegebenheiten bei der Kalkulation von Entgelten gemäß § 6 BPfIV zu berücksichtigen.

## 2 Grundlagen

### 2.1 Entgeltbereich ‚PSY‘

Für den Entgeltbereich ‚PSY‘ sind verschiedene Regelwerke und Verfahrensdokumentationen etabliert. Von besonderer Relevanz sind im vorliegenden Zusammenhang:

- Handbuch zur Kalkulation von Behandlungskosten (Version 1.0),
- Aktualisierungen und Ergänzungen zum Handbuch zur Kalkulation von Behandlungskosten,
- Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) 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 und diagnostischen Leistungen am Patienten. Dies erfolgt im Rahmen der Abrechnung psychiatrischer/psychosomatischer Leistungen über OPS-Kodes. Liegen diese nicht oder nicht in geeigneter Differenzierung 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 an Sachressourcen. Dazu sind die für die Leistungserstellung benötigten Zeiten und Mengen (z.B. Tätigkeitszeiten der beteiligten Dienstarten, verbrauchte Materialien) zu erfassen bzw. sachgerecht zu schätzen.
- Kostendaten liegen in der internen Kostenrechnung des Krankenhauses in einer Kostenarten-/Kostenstellenzuordnung vor. Die Kalkulation von unbewerteten PEPP-Entgelten, Entgelten für regionale und strukturelle Besonderheiten sowie von NUB-PEPP-Entgelten sollte sich auf die PEPP-Entgeltrelevanten Kosten stützen, die mit der betrachteten Leistung in Verbindung stehen. Einzelheiten insbesondere zur Entgeltrelevanz und zur tages-/leistungsbezogenen Kalkulation im Entgeltbereich „PSY“ können dem Kalkulationshandbuch und den Erläuterungen zum Kalkulationshandbuch entnommen werden.

Krankenhäuser, die sich an der Kalkulation für die Pflege und Weiterentwicklung des PEPP-Systems beteiligen, können die dabei gewonnenen Kosteninformationen für die Anwendung dieser Kalkulationsempfehlung heranziehen. Die Teilnahme an der Kostenerhebung des InEK oder die Durchführung einer Kalkulation nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs ist keine Voraussetzung für die Anwendung dieser Kalkulationsempfehlung.

## 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 folgende Kalkulationsansätze unterschieden:

- Untersuchungs- und Behandlungskosten für unbewertete PEPP gem. § 6 Abs. 1 BpflV, Kosten für regionale und strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung gem. § 6 Abs. 2 BpflV sowie diagnostische und therapeutische Leistungen gem. § 6 Abs. 4 BpflV (NUB-PEPP-Leistungen)
- Gabe von Medikamenten (Medikamente als unbewertete Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 BpflV und NUB-PEPP-Leistungen gem. § 6 Abs. 4 BpflV)

Erwartungsgemäß bestehen mit unbewerteten PEPP abgebildete Leistungen sowie regionale und strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung gem. § 6 Abs. 2 BpflV nicht allein aus der Gabe von Medikamenten. Unbewertete Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 können als Leistung dagegen ausschließlich die Gabe von Medikamenten beinhalten. Entsprechend ist der Kalkulationsansatz für die Gabe von Medikamenten (siehe Kapitel 3.3, Anlage B) für die Kalkulation von NUB-PEPP-Entgelten sowie für die Kalkulation von unbewerteten Zusatzentgelten, die sich auf die Gabe von Medikamenten beziehen, vorgesehen. Für diagnostische bzw. therapeutische unbewertete Zusatzentgelte wie z.B. Strahlentherapie sind die unter Kapitel 3.2.1 aufgeführten Kalkulationshinweise zu berücksichtigen.

#### ***Verfahrensgrundsätze***

Unabhängig von den konkreten 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 Erbringung einer möglichst durch einen Prozedurenkode beschriebenen Leistung beziehen. Wenn zur Beschreibung der Leistung kein Prozedurenkode vorliegt, sollte sich die zu betrachtende Leistung auf eine zeitlich definierte Durchführung der Untersuchungen und Behandlungen beziehen. Liegt aufgrund der Beschaffenheit der zu bewertenden Leistung keine definitorische Zeitangabe vor, ist bei der Kalkulation von einem typischen (durchschnittlichen) Zeitbedarf auszugehen.

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 von NUB-PEPP-Leistungen bzw. regionalen und strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung nicht berücksichtigt werden, da dieser bereits mit den PEPP vergütet wird. Bei der Kalkulation von unbewerteten PEPP-Leistungen ist ein mittelbar ausgelöster Ressourceneinsatz mittels eines prozentualen Zuschlags einzubeziehen.

### 3. Wie werden die Kosten der Leistungserbringung berechnet?

Der für die Leistung anfallende Personal- und Sachmitteleinsatz sollte über je Zeit- oder Mengeneinheit kalkulierte Kostensätze bewertet werden. Als Grundlage der Kostensatzberechnung sollten die PEPP-Entgeltrelevanten Kosten dienen, deren Abgrenzung in Kapitel 3 des Kalkulationshandbuchs erläutert ist.

Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur sollten im vorliegenden Zusammenhang einbezogen werden, sofern die nachfolgenden Erläuterungen dies vorsehen. Im Rahmen der Kalkulation von regionalen und strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung oder NUB-PEPP-Leistungen sollten diese Kosten unberücksichtigt bleiben, wenn kein direkter Bezug zur betrachteten Leistung besteht. Bei der Kalkulation von unbewerteten PEPP-Leistungen sollten die Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur mittels eines prozentualen Zuschlags einbezogen werden.

### 4. Welcher Kostenumfang wird berücksichtigt?

Der einzubeziehende Kostenumfang richtet sich nach der betrachteten Leistung: Für die Gabe von **Medikamenten** sollten die Kosten einer Mengeneinheit des Wirkstoffs, verschiedener Dosisklassen des Wirkstoffs oder einer standardisierten Menge des Wirkstoffs kalkuliert werden.

Bei **unbewerteten PEPP-Leistungen** sollten sowohl direkte Kosten, denen ein unmittelbarer medizinisch-pflegerischer Leistungsbezug zum Patienten gegenübersteht, als auch indirekte Kosten für nicht medizinische und medizinische Infrastruktur berücksichtigt werden.

Bei **diagnostischen und therapeutischen NUB-PEPP-Verfahren** sowie **regionalen und strukturellen Besonderheiten** sollten nur die direkten Kosten, die unmittelbar mit der Leistungserbringung in Zusammenhang stehen, berücksichtigt werden. Die Kalkulation basiert grundsätzlich auf einem Vollkostenansatz. Entsprechend können Kosten für Leistungsbestandteile der betrachteten Leistung bereits in den Bewertungsrelationen der für die Fälle abrechenbaren PEPP enthalten sein. Die nach dieser Kalkulationsempfehlung zu kalkulierenden Leistungen substituieren dann eine bereits bewertete Leistung (zumindest) teilweise. Die Verfahrensweise zur entsprechenden Berücksichtigung dieser Leistungs- und Kostenanteile bei Anwendung dieser Kalkulationsempfehlung wird in Kapitel 3.2 näher erläutert.

Falls sich das Verfahren auf einen Zeitraum bezieht, ist dies unter Angabe der Dauer des Zeitraums in Tagen in Anlage A, Blatt 1 der Kalkulationsempfehlung zu vermerken. Ergibt sich der zu betrachtende Zeitraum nicht definitiv, ist ein typischer (durchschnittlicher) Zeitraum der Leistungserbringung heranzuziehen.

## 3.2 Untersuchungs- und Behandlungskosten für Entgelte gem. § 6 BpflV

Die Kostenkalkulation der hier betrachteten Leistungen sollte so durchgeführt werden, dass dabei sowohl die typische Ausprägung der Leistung als auch die dafür etablierten bzw. zu etablierenden Behandlungsstrukturen des Krankenhauses Berücksichtigung finden. Das Kalkulationsschema in Anlage A ist so strukturiert, dass krankenhauses-

individuelle Besonderheiten in der Leistungserbringung der Entgelte gemäß § 6 BPfIV sachgerecht berücksichtigt werden können. Anlage A lässt eine tages-, fall- oder zeitraumbezogene Kostenkalkulation der Leistung zu. Die Kalkulation eines Zuschlags ist ebenfalls möglich. In Anlage A, Blatt 1 sind in der Regel nur die für das jeweils zu kalkulierende krankenhausindividuelle Entgelt relevanten Kostenanteile auszuweisen. Bei Durchführung einer Differenzkostenbetrachtung können auch die leistungsbezogenen Kosten des zu kalkulierenden Entgelts insgesamt verwendet werden.

Bei fall- bzw. berechnungstagebezogener Kalkulation bietet sich an, die anfallenden Kosten für den Vereinbarungszeitraum insgesamt zu erfassen und im letzten Kalkulationsschritt durch die der Kalkulation zugrunde gelegte Fallzahl bzw. Anzahl an Berechnungstagen zu dividieren. In diesem Fall ist „Gesamtkosten“ als Kalkulationsbezug auszuwählen.

Die Kostenkalkulation orientiert sich in weiten Teilen an der aktuellen, auf der Homepage des InEK veröffentlichten Anlage 5 des Handbuchs zur Kalkulation von Behandlungskosten.

### ***Kalkulationsdaten***

#### ▪ Kosten für Personal- und Sachmitteleinsatz

Dazu zählen

- Personalkosten Ärztlicher Dienst,
- Personalkosten Pflege und Erziehungsdienst,
- Personalkosten Psychologen,
- Personalkosten Sozialarbeiter, Sozial- und Heilpädagogen,
- Personalkosten Spezialtherapeuten,
- Personalkosten Funktionsdienst und med.-techn. Dienst,
- Sachkosten Medikamente,
- Sachkosten übriger medizinischer Bedarf.

Für die Kalkulation sind diese Kosten mindestens in einem der folgenden Leistungsbereiche relevant:

- Stationärer Bereich (Kostenstellengruppen 21 und 22): Regel- und Intensivbehandlung auf den bettenführenden Stationen
- Therapeutische Bereiche (Kostenstellengruppen 23 bis 27): Psychotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Andere Therapie, Stationsäquivalente Behandlung (therapeutische Kernleistungen)
- Diagnostische Bereiche (Kostenstellengruppen 7 bis 12): Kardiologie, Endoskopie, Radiologie, Labor, Diagnostische Bereiche, (somatische) Therapeutische Verfahren

Falls für eine im vorliegenden Zusammenhang relevante Leistung regelmäßig Kosten in einem anderen als den aufgeführten Leistungsbereichen anfallen, sollten diese Kosten unter Nennung des entsprechenden Leistungsbereichs ebenfalls in die Kalkulation einbezogen werden (z.B. Kosten im Bereich Anästhesie).

Der Personalkostensatz je Tätigkeitsminute sollte für jede beteiligte Dienstart auf Basis der Jahresarbeitszeit abzüglich der Ausfallzeiten berechnet werden. Die Personalkosten umfassen nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs neben den

Bruttoarbeitsentgelten auch die dem Arbeitgeber entstehenden Zusatzkosten (Sozialversicherung etc.).

- Kosten für Sachmittel

- Medikamente
- Übriger medizinischer Sachbedarf

Anlage 10 des Kalkulationshandbuchs gibt eine Orientierung zu in Frage kommenden Artikeln des zu berücksichtigenden medizinischen Sachbedarfs. Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Sachmittelverbrauch und typischer Leistungserbringung sollte gegeben sein. 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 Kalkulationshandbuchs zu berechnen.

- Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur

Im Gegensatz zu den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs ist keine Differenzierung nach Kosten der medizinischen und Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur vorgesehen.

Auf spezifische Besonderheiten der Kalkulation der einzelnen krankenhausindividuellen Entgelte nach § 6 BPfIV wird im Folgenden eingegangen.

### **3.2.1 Unbewertete PEPP gem. § 6 Abs. 1 BPfIV**

Die Kalkulation der Kosten für unbewertete PEPP-Entgelte sollte sich in weiten Teilen an den Verfahrensgrundsätzen des Handbuchs zur Kalkulation von Behandlungskosten (Version 1.0) sowie den Aktualisierungen und Ergänzungen zum Handbuch zur Kalkulation von Behandlungskosten orientieren. Die aktuelle Fassung der Anlage 5 des Handbuchs zur Kalkulation von Behandlungskosten mit der Beschreibung der Kostenstellen- und Kostenartengruppen finden Sie auf [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de). Die Kalkulation kann tages-, fall- oder zeitraumbezogen erfolgen. Bei fall- bzw. berechnungstagebezogener Kalkulation bietet es sich an, die anfallenden Kosten für den Vereinbarungszeitraum insgesamt zu erfassen und im letzten Kalkulationsschritt durch die der Kalkulation zugrunde gelegte Fallzahl bzw. Anzahl an Berechnungstagen zu dividieren. In diesem Fall ist „Gesamtkosten“ als Kalkulationsbezug auszuwählen.

In Abgrenzung zur Kalkulation von anderen krankenhausindividuellen Entgelten gemäß § 6 BPfIV ist Folgendes zu beachten:

#### ***Stationärer Bereich***

Unbewertete PEPP-Leistungen betreffen typischerweise neben den Bereichen der therapeutischen Kernleistungen auch den bettenführenden stationären Bereich. Daher sind Stationskosten berufsgruppenspezifisch und je nach Kalkulationsweise tages- oder zeitraumbezogen in den Kostenstellengruppen 21 und 22 auszuweisen. Als Ausnahme ist die stationsäquivalente Behandlung anzuführen, bei der ausschließlich Kosten in

Kostenstellengruppe 27 ausgewiesen werden. Als weitere Ausnahme sind unbewertete Zusatzentgelte gem. § 6 Abs.1 BPfIV, wie z.B. die Strahlentherapie, zu sehen, die in der Regel nicht den bettenführenden stationären Bereich betreffen.

### ***Stationsäquivalente Behandlung***

Leistungen der stationsäquivalenten Behandlung werden berufsgruppenspezifisch in Anlehnung an die Ergänzungen zum Kalkulationshandbuch ausschließlich in Kostenstellengruppe 27 ausgewiesen. Einzelheiten der Kalkulationsmethodik können unter den Aktualisierungen und Ergänzungen zum Handbuch zur Kalkulation von Behandlungskosten entnommen werden.

### ***Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur***

Personal- und Sachkosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur sollten über einen zu vereinbarenden pauschalen Zuschlag (in Prozent) auf die direkten Personal- und Sachkosten in der Kalkulation ermittelt werden. Dieser ist in der Anlage A, Blatt 1 anzugeben. Bei unbewerteten Zusatzentgelten gem. § 6 Abs.1 BPfIV - wie z.B. für die Strahlentherapie - ist zu prüfen, inwieweit relevante Infrastrukturkosten nicht in den (bewerteten) PEPP-Entgelten enthalten sind und entsprechende Zuschläge für die medizinische und nicht medizinische Infrastruktur vorzunehmen sind.

### ***Datenaufbereitung (Kalkulationsblatt in Anlage A, Blatt 1)***

Wird als Grundlage der Kalkulation ein **Tagesbezug** gewählt, ist vom Krankenhaus ein zu erstellender typischer (standardisierter) Leistungsumfang für die betrachtete krankenshausindividuelle Leistung festzulegen. Dieser Standard umfasst den definitorischen Leistungsumfang und sollte bei fehlender exakter zeitlicher Definition eine typische (durchschnittliche) Leistungszeit umfassen. Diese Leistungszeit wird mit den im Durchschnitt je Mengeneinheit anfallenden Kosten des Personal- und Sachmitteleinsatzes bewertet. Der Leistungsstandard sollte mit Kosten bewertet im Kalkulationsblatt eingetragen werden. Dabei ist eine weitergehende Differenzierung in der Darstellung jederzeit möglich. Falls sich der Leistungsumfang auf einen **Zeitraum** (mehrere Tage bis zu einem Jahr) bezieht, sollten die im Durchschnitt je Zeitabschnitt anfallenden Kosten des Personal- und Sachmitteleinsatzes der Leistung verwendet werden. Die zuzurechnenden Kosten für Personal- und Sachmitteleinsatz sollten nach Personaleinsatz Station, Therapie und Diagnostik sowie Sachmittelkosten separat ausgewiesen werden. In einem nächsten Schritt werden die Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur über einen zu vereinbarenden prozentualen Zuschlag auf die direkten Personal- und Sachkosten ermittelt.

Bei **fall- bzw. berechnungstagebezogener** Kalkulation bietet sich auch an, die anfallenden Kosten für den Vereinbarungszeitraum insgesamt zu erfassen und im letzten Kalkulationsschritt durch die der Kalkulation zugrunde gelegte Fallzahl bzw. Anzahl an Berechnungstagen zu dividieren. In diesem Fall ist „Gesamtkosten“ als Kalkulationsbezug auszuwählen.

### 3.2.2 Regionale und strukturelle Besonderheiten

Bei der Kalkulation der Kosten regionaler und struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung nach § 6 Abs. 2 BPfIV sollten diejenigen Kosten in die Kalkulation einbezogen werden, die typischerweise bei der Leistungserbringung anfallen. Bereits mit Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und 5 BPfIV sachgerecht vergütete Leistungs- bzw. Kostenbestandteile dürfen nicht einbezogen werden. Nicht zu betrachtende Kostenanteile sind nicht in das Kalkulationsschema einzubeziehen und nicht in Anlage A, Blatt 1 auszuweisen. Werden nur entgeltrelevante Kosten in Anlage A, Blatt 1 eingetragen, ist Anlage A, Blatt 2 nicht zu füllen (keine Differenzkostenbetrachtung). Dazu ist erforderlich, dass die entgeltrelevanten Kosten vollständig abgegrenzt werden können.

Lassen sich die relevanten Kostenanteile nicht vor Kalkulationsbeginn vollständig abgrenzen, kann eine **Differenzkostenbetrachtung** durchgeführt werden. In diesem Fall sind in Anlage A, Blatt 1 die vollständigen Kosten der typischen Leistungserbringung und in Anlage A, Blatt 2 die Kosten der Leistungsbereiche, die (anteilig) bereits mit den PEPP-Entgelten vergütet werden, einzutragen.

Die Kosten können tages-, fall- oder zeitraumbezogen ausgewiesen werden. Bei Entgelten, für die keine anteilige Berücksichtigung in bereits bestehenden PEPP-Entgelten zu erwarten ist, und bei Zuschlägen ist in der Regel nicht von einer Differenzkostenbetrachtung auszugehen.

In Abgrenzung zur Kalkulation von anderen krankenhausindividuellen Entgelten gemäß § 6 BPfIV ist Folgendes zu beachten:

#### ***Stationärer Bereich***

Im Gegensatz zu NUB-PEPP-Leistungen, können sich regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung typischerweise dadurch kennzeichnen, dass die Besonderheiten gerade auch den bettenführenden stationären Bereich betreffen. In diesem Fall sind die korrespondierenden Kosten berufsgruppenspezifisch und je nach Kalkulationsweise tages- oder zeitraumbezogen im stationären Bereich (Kostenstellengruppen 21 und 22) auszuweisen.

#### ***Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur***

Im Unterschied zu NUB-PEPP-Leistungen können sich regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung auch auf Leistungen beziehen, deren Kosten nach dem Kalkulationshandbuch der medizinischen oder nicht medizinischen Infrastruktur zuzuweisen sind (z.B. spezifische Werkstätten). Dies umfasst auch Leistungen in „patientenfernen“ Bereichen, die keinen direkten Patientenbezug aufweisen. Diese Kosten sollten nach Personal- und Sachkosten differenziert in Anlage A, Blatt 1 ausgewiesen werden. Bei Bedarf sollte auf einem Extrablatt eine weitere Differenzierung der Personal- und Sachkosten vorgenommen werden.

#### ***Datenaufbereitung (Kalkulationsblatt in Anlage A, Blatt 1)***

Als Grundlage der Kalkulation sollte bei **Tagesbezug** ein vom Krankenhaus zu erstellender typischer (standardisierter) Leistungsumfang für die betrachtete regionale und strukturelle Besonderheit in der Leistungserbringung dienen. Dieser Standard umfasst den definitorischen Leistungsumfang und sollte bei fehlender exakter zeitlicher



Definition eine typische (durchschnittliche) Leistungszeit umfassen. Diese Leistungszeit wird mit den im Durchschnitt je Mengeneinheit anfallenden Kosten des Personal- und Sachmitteleinsatzes bewertet. Der Leistungsstandard sollte mit Kosten bewertet im Kalkulationsblatt eingetragen werden. Dabei ist eine weitergehende Differenzierung in der Darstellung jederzeit möglich. Falls sich der Leistungsumfang auf einen **Zeitraum** (mehrere Tage bis zu einem Jahr) bezieht, sind die im Durchschnitt je Zeitraum anfallenden Kosten des Personal- und Sachmitteleinsatzes der Leistung auszuweisen. Die zuzurechnenden Kosten für Personal- und Sachmitteleinsatz sollten nach Personaleinsatz Station, Therapie und Diagnostik, Sachmittelkosten sowie Kosten der Infrastruktur separat ausgewiesen werden. Bei **fall- bzw. tagesbezogener Kalkulation** bietet sich auch an, die für die Erbringung der regionalen oder strukturellen Besonderheit anfallenden Kosten für den Vereinbarungszeitraum insgesamt zu erfassen und im letzten Kalkulationsschritt durch die der Kalkulation zugrunde gelegte Fallzahl bzw. Anzahl an Berechnungstagen zu dividieren. In diesem Fall ist „Gesamtkosten“ als Kalkulationsbezug auszuwählen.

### **3.2.3 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-PEPP)**

Bei der Kalkulation der Kosten von NUB-PEPP-Leistungen sollten ausschließlich 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. Nicht zu betrachtende Kostenanteile sind nicht in das Kalkulationsschema einzubeziehen und nicht in der Anlage A, Blatt 1 auszuweisen. In Abgrenzung zur Kalkulation von anderen krankenhausindividuellen Entgelten gemäß § 6 BPfIV ist Folgendes zu beachten:

#### ***Stationärer Bereich***

Kosten für den bettenführenden stationären Bereich sind nur dann auszuweisen, wenn die neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode das Stationsmilieu wesentlich verändert. Bei Leistungen, die im Kern den therapeutischen bzw. diagnostischen Bereich betreffen, werden im stationären Bereich in der Regel keine durch die Leistung verursachten zusätzlichen Kosten anfallen. Somit ist davon auszugehen, dass nur in Ausnahmefällen die Kostenstellengruppen 21 und 22 Kosten aufweisen werden.

#### ***Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur***

Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur sollten nur dann ausgewiesen werden, wenn in Folge der NUB-PEPP-Leistung zusätzlich Infrastrukturkosten entstehen, die nicht bereits in den PEPP-Entgelten berücksichtigt werden konnten (z.B. Instandhaltungskosten für spezielle Geräte, die erstmals im therapeutischen und/oder diagnostischen Kontext zum Einsatz kommen). Die Beschaffungskosten der Geräte sind jedoch gemäß Handbuch zur Kalkulation von Behandlungskosten (Version 1.0) als nicht kalkulationsrelevante Investitionskosten abzugrenzen und nicht in die Kalkulation einzubeziehen.

#### ***Differenzbetrachtung***

Für die Kalkulation sollten Differenzkosten zwischen Behandlungstagen mit und Behandlungstagen ohne zusatzentgeltrelevanter Leistung betrachtet werden. Dabei

sollten mindestens diejenigen Kostenanteile in die Kalkulation einbezogen werden, die typischerweise bei der betreffenden Leistung anfallen und den wesentlichen Kostenunterschied zu Behandlungstagen ohne die betrachtete Leistung begründen. Wenn sich das Stationsmilieu nicht wesentlich ändert, können typischerweise die bettenführenden Kostenstellengruppen 21 und 22 außer Betracht bleiben. Entsprechendes gilt für die Kosten der körperlichen Diagnostik, wenn die Leistungserbringung der NUB-PEPP-Leistung diese nicht umfasst. Falls sich die zusatzentgeltrelevante Leistung auf einen Zeitraum bezieht, sind die typischerweise für diesen Zeitraum anfallenden Kosten einzubeziehen. Für jedes NUB-PEPP-Entgelt sollten die berechneten Kosten in einem eigenen Kalkulationsblatt eingetragen werden (vgl. Anlage A, Blatt 1).

### ***Datenaufbereitung (Kalkulationsblätter in Anlage A, Blatt 1/Blatt 2)***

Als Grundlage der Kalkulation bei **Tagesbezug** sollte ein vom Krankenhaus zu erstellender typischer (standardisierter) Leistungsumfang für die betrachtete Leistung dienen. Dieser Standard umfasst den definitorischen Leistungsumfang und sollte bei fehlender exakter zeitlicher Definition eine typische (durchschnittliche) Leistungszeit umfassen. Diese Leistungszeit wird mit den im Durchschnitt je Mengeneinheit anfallenden Kosten des Personal- und Sachmitteleinsatzes bewertet. Der Leistungsstandard sollte mit Kosten bewertet im Kalkulationsblatt (Anlage A, Blatt 1) eingetragen werden. Dabei ist eine weitergehende Differenzierung in der Darstellung jederzeit möglich. Falls sich der Leistungsumfang auf einen **Zeitraum** (mehrere Tage bis zu einem Jahr) bezieht, sollten die im Durchschnitt je Zeitraum anfallenden Kosten des Personal- und Sachmitteleinsatzes der Leistung enthalten sein. Die zuzurechnenden Kosten für Personal- und Sachmitteleinsatz sollten nach Personal- und Sachkostenanteil separat ausgewiesen werden.

Den in Anlage A, Blatt 1 ermittelten Kosten für das neue diagnostische oder therapeutische NUB-PEPP-Verfahren sollten die entsprechenden durch PEPP-Entgelte bereits vergüteten Kosten je Tag der entsprechenden Module (Kostenstellengruppen und Kostenartengruppen) gegengerechnet werden. Als Kalkulationshilfe kann die in Anlage A, Blatt 2 vorgegebene Struktur zur Ermittlung der gegenzurechnenden bereits berücksichtigten durchschnittlichen Kosten je Behandlungstag und PEPP genutzt werden. Liegen die durchschnittlichen Tageskosten in der in Anlage A, Blatt 2 vorgegebenen Detailtiefe im Krankenhaus nicht vor, kann als Alternative auf die vom InEK veröffentlichten durchschnittlichen Tageskosten im PEPP-Browser zurückgegriffen werden.

## **3.3 Gabe von Medikamenten**

### ***Kalkulationsdaten***

Für die Kalkulation sollten folgende Informationen über die Leistung einbezogen werden:

- Zu verabreichendes Präparat (Wirkstoff),
- Typische zu verabreichende Dosis bzw. Mengeneinheiten,
- Kosten je Mengeneinheit.

Für die Gabe von **Medikamenten** sollten die Kosten als Kosten einer Mengeneinheit des Wirkstoffs, verschiedener Dosisklassen des Wirkstoffs oder einer typischen standardisierten Menge des Wirkstoffs kalkuliert werden.

Die Kosten je definierter Mengeneinheit sollten anhand der Brutto-Medikamentenkosten berechnet und in das Kalkulationsblatt in Anlage B eingetragen werden.

#### ***Datenaufbereitung (Kalkulationsblatt in Anlage B)***

Für jede Leistung (Wirkstoff) 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 richtet. Der für eine Mengeneinheit berechnete Kostensatz dient als Grundlage der weiteren Berechnungen.

Zur Berücksichtigung der Variabilität der Mengenverbräuche je Behandlungstag können je Leistung mehrere Dosisklassen gebildet werden, die die dosisabhängigen Kostenspannweiten abdecken. Diese Vorgehensweise bietet sich auch bei nach Dosisklassen differenzierten OPS-Kodes an.

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.

**Anlage A Blatt 1\_Kostenkalkulationsblatt für Krankenhausindividuelle Entgelte gem. § 6 BPfIV**

<b>Entgeltart</b>	<i>bitte auswählen</i>
<b>Angabe zum Leistungsinhalt</b>	
<b>Bezeichnung</b>	
<b>ggf. OPS-Kode</b>	
<b>Erläuterungen</b>	
<b>Kalkulationsgrundlagen</b>	
<b>Anzahl Fälle</b>	
<b>Anzahl Berechnungstage</b>	
<b>Kalkulationsbezug</b>	<i>bitte auswählen</i>

Personaleinsatz Station (Kostenstellengruppen 21 und 22)					
	KoAGrp.	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag (€)
Ärztlicher Dienst	1				- €
Pflegedienst	2				- €
Psychologen	3a				- €
Sozialarbeiter	3b				- €
Spezialtherapeuten	3c				- €
MTD/Funktionsdienst	3				- €
<b>Zwischensumme</b>					- €
Personaleinsatz Therapie (Kostenstellengruppen 23 bis 27)					
	KoAGrp.	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag (€)
Ärztlicher Dienst	1				- €
Pflegedienst	2				- €
Psychologen	3a				- €
Sozialarbeiter	3b				- €
Spezialtherapeuten	3c				- €
MTD/Funktionsdienst	3				- €
<b>Zwischensumme</b>					- €
Personaleinsatz Diagnostik (Kostenstellengruppen 7 bis 12)					
	KoAGrp.	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag (€)
Ärztlicher Dienst	1				- €
Pflegedienst	2				- €
MTD/Funktionsdienst	3				- €
<b>Zwischensumme</b>					- €
Sachmittel					
Artikelbezeichnung	KoAGrp.	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag (€)
	4a/4b/6a/6b				- €
	4a/4b/6a/6b				- €
	4a/4b/6a/6b				- €
<b>Zwischensumme</b>					- €
Medizinische und nicht medizinische Infrastruktur (bei reg. und strukt. Besonderheiten, in Ausnahmefällen bei NUB-PEPP-Leistungen, siehe Erläuterungen)					
	Bezeichnung	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag (€)
Personalkosten					- €
Sachkosten					- €
<b>Zwischensumme</b>					- €
<b>Summe Kosten Personaleinsatz Station</b>					- €
<b>Summe Kosten Personaleinsatz Therapie</b>					- €
<b>Summe Kosten Personaleinsatz Diagnostik</b>					- €
<b>Summe Kosten Sachmittel</b>					- €
<b>Summe Kosten Infrastruktur</b>					- €
<b>Summe Kosten direkt</b>					- €
<b>Kostenzuschlag für Infrastruktur in % (bei unbewerteten PEPP gemäß § 6 Abs.1 BPfIV)</b>					
<b>GESAMTKOSTEN</b>					- €
<b>GESAMTKOSTEN pro Fall</b>					
<b>GESAMTKOSTEN pro Berechnungstag</b>					
<i>durch PEPP-Entgelte vergütete Kosten (siehe Anlage A2)</i>					
<b>Differenzbetrag</b>					- €

*bitte aussagekräftige Bezeichnung der Leistung eintragen*

*bitte aussagekräftige Bezeichnung der Leistung eintragen*

*bitte in % eintragen*

*bitte eintragen*



