

Ergänzungsvereinbarung

zur

Vereinbarung

gemäß § 17b Absatz 3 Satz 6 KHG

zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation

vom 02.09.2016

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln,

- gemeinsam -

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

Präambel

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien) schließen diese Ergänzungsvereinbarung der Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 3 Satz 6 KHG vom 02.09.2016 (im Nachfolgenden Vereinbarung genannt). Darin regeln sie ein weiterentwickeltes Konzept gemäß § 1 Absatz 2 der Vereinbarung, eine zweite Ziehung (Nachziehung) von zu verpflichtenden Kalkulationsteilnehmern aus dem DRG-Bereich nach der ersten Ziehung am 31.10.2016 gemäß § 2 Absatz 1 der Vereinbarung, die Einbeziehung des Entgeltbereichs nach § 17d KHG und der Investitionsbewertungsrelationen in eine Vereinbarung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation sowie weitere Klarstellungen zur Kalkulationsverpflichtung.

§ 1

Konzept des InEK

Die nachfolgend geregelten Ziehungen in den Entgeltbereichen „DRG“, „PSY“ und für die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen erfolgen auf der Basis des Konzepts des InEK „Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe“ (Anlage 1). Diese Anlage ersetzt gemäß § 1 Absatz 2 Satz 3 der Vereinbarung ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Ergänzungsvereinbarung die Anlage 1 der Vereinbarung.

§ 2

Nachziehung im Entgeltbereich „DRG“

Gemäß § 2 Absatz 1 Sätze 4 und 5 der Vereinbarung einigen sich die Vertragsparteien auf die Nachziehung von 20 zusätzlichen Krankenhäusern bis spätestens zum 30.09.2017.

§ 3

Auswahlverfahren im Entgeltbereich „PSY“

- (1) Gemäß § 17d Absatz 1 Satz 7 letzter Halbsatz KHG vereinbaren die Vertragsparteien eine erste Auswahl von Krankenhäusern zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation des PEPP-Systems im Jahr 2017. Die Auswahl der zu verpflichtenden Krankenhäuser erfolgt durch das InEK bis spätestens zum 30.09.2017 und ist auf maximal 20 Teilnehmer begrenzt. Eine Auswahl zu verpflichtender Krankenhäuser erfolgt alle drei Jahre. Sofern zwischenzeitlich weitere Krankenhäuser zur Teilnahme verpflichtet werden müssen, kann vor Ablauf der drei Jahre eine weitere Auswahlrunde stattfinden. Hierüber entscheiden die Vertragsparteien.

- (2) Für die nach Absatz 1 ausgewählten Krankenhäuser gelten die Regelungen in § 2 Absätze 2 bis 4 der Vereinbarung zum „Auswahlverfahren und Datenübermittlung“. Abweichend zu § 2 Absatz 4 Satz 1 der Vereinbarung haben die nach Absatz 1 ausgewählten Krankenhäuser im auf das Auswahljahr folgenden Datenlieferjahr (erstes Datenjahr) bis zum 30.04. die in der Anlage 2 dieser Ergänzungsvereinbarung aufgeführten Strukturinformationen sowie eine Kostenstellenauswertung je Kostenstelle (= Summen-/Saldenliste der je Kostenstelle gebuchten Konten nach krankenhausesindividueller Gliederung) für die Aufwandskonten der Konzentrierten Klassen 6 und 7 nach der Krankenhausbuchführungsverordnung zu erstellen und an das InEK in elektronischer Form vollständig und korrekt zu übermitteln.
- (3) In Bezug auf die „Sicherstellung der Kalkulationsteilnahme“ der nach Absatz 1 ausgewählten Krankenhäuser gelten die Festlegungen des § 3 der Vereinbarung entsprechend. In Bezug auf die „Evaluation und Veröffentlichung“ gelten die Festlegungen des § 4 der Vereinbarung entsprechend.

§ 4

Auswahlverfahren im Bereich der Investitionsbewertungsrelationen

- (1) Gemäß § 10 Absatz 2 Satz 1 letzter Halbsatz KHG vereinbaren die Vertragsparteien eine erste Auswahl von Krankenhäusern zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation im Bereich der Investitionsbewertungsrelationen. Die Auswahl der zu verpflichtenden Krankenhäuser erfolgt durch das InEK im Jahr 2017 bis spätestens zum 30.09.2017 und ist auf maximal 20 Teilnehmer für den INV-Katalog im Entgeltbereich „DRG“ und maximal 20 Teilnehmer für den INV-Katalog im Entgeltbereich „PSY“ begrenzt. Eine Auswahl zu verpflichtender Krankenhäuser erfolgt alle drei Jahre. Sofern zwischenzeitlich weitere Krankenhäuser zur Teilnahme verpflichtet werden müssen, kann vor Ablauf der drei Jahre eine weitere Auswahlrunde stattfinden. Hierüber entscheiden die Vertragsparteien.
- (2) Für die nach Absatz 1 ausgewählten Krankenhäuser gelten die in § 2 Absatz 2 der Vereinbarung vereinbarten Regelungen zum „Auswahlverfahren und Datenübermittlung“. Soweit in der Vereinbarung für die ausgewählten Krankenhäuser in der Vereinbarung nichts Abweichendes geregelt wird, gilt die „Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation von Investitionskosten in Krankenhäusern für Zwecke gem. § 10 KHG“, die das InEK mit den freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern abschließt, entsprechend. § 2 Absatz 4 der Vereinbarung gilt nicht für nach Absatz 1 ausgewählte Krankenhäuser.
- (3) Ab dem auf das Auswahljahr folgenden Jahr haben die nach Absatz 1 ausgewählten Krankenhäuser bis zum 31.07. die Kalkulationsdaten gemäß den Vorgaben der „Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation von Investitionskosten in Krankenhäusern für Zwecke gem. § 10 KHG“ vollständig an das InEK zu liefern. Bei Nichteinhaltung dieser Frist haben sie nach einmaliger schriftlicher Mahnung durch das InEK die Daten bis zum 31.08. des Datenliefer-

rungsjahres zu liefern. Die Datenqualität wird durch das InEK geprüft. In Bezug auf die „Sicherstellung der Kalkulationsteilnahme“ der nach Absatz 1 ausgewählten Krankenhäuser gelten abweichend zu § 3 Absätze 1 bis 4 der Vereinbarung die folgenden Festlegungen. Bei Nichteinhaltung hat das Krankenhaus Zahlungen (an das InEK) nach den folgenden Regelungen zu leisten:

- a. Erfolgt im ersten Datenlieferjahr kein ernsthafter Versuch einer Datenlieferung durch das Krankenhaus, gilt ein pauschalierter Abschlag in Höhe von 14.000 Euro. Ob ein Krankenhaus einen ernsthaften Versuch unternommen hat, beurteilt das InEK. Widerspricht das Krankenhaus der Einschätzung des InEK, entscheiden die Vertragsparteien. Sofern sich die Vertragsparteien nicht einigen, entscheidet ein von den Vertragsparteien hinzuzuziehender unabhängiger Dritter.
 - b. Sofern ein Krankenhaus nicht erfolgreich gemäß § 7 Absatz 1 der „Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation von Investitionskosten in Krankenhäusern für Zwecke gem. § 10 KHG“ an der Kalkulation teilnimmt, gilt im zweiten Datenlieferjahr ein Abschlag in Höhe von 2 Euro je voll- und teilstationären Krankenhausfall. Im dritten Datenlieferjahr gilt ein Abschlag in Höhe von 4 Euro je voll- und teilstationären Krankenhausfall. Im vierten Datenlieferjahr gilt ein Abschlag in Höhe von 6 Euro je voll- und teilstationären Krankenhausfall. Im fünften Datenlieferjahr gilt ein Abschlag in Höhe von 9 Euro je voll- und teilstationären Krankenhausfall.
- (4) Abweichend zu § 3 Absatz 7 der Vereinbarung haben ausgewählte Krankenhäuser einen Anspruch auf die Zahlung einer Kalkulationsvergütung, wenn die Voraussetzungen der „Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation von Investitionskosten in Krankenhäusern für Zwecke gem. § 10 KHG“ erfüllt werden. Für eine erfolgreiche Datenlieferung nach Absatz 3 Satz 1 erhält das Krankenhaus im ersten Datenlieferungsjahr zusätzlich eine einmalige Bonusvergütung in Höhe von 2.500 Euro.
- (5) § 3 Absätze 5 und 6 sowie § 3 Absätze 8 bis 11 der Vereinbarung gelten für die nach Absatz 1 ausgewählten Krankenhäuser entsprechend. In Bezug auf die „Evaluation und Veröffentlichung“ gelten die Festlegungen des § 4 der Vereinbarung entsprechend.

§ 5

Teilnahmeverpflichtung nach Zusammenschlüssen

Bei einem Zusammenschluss von Krankenhäusern, bei dem mindestens ein Krankenhaus zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichtet ist, gelten die folgenden Grundsätze für die Datenlieferung ab dem Jahr des Zusammenschlusses:

1. Wenn das Erlösbudget des verpflichteten Krankenhauses bzw. der verpflichteten Krankenhäuser größer oder gleich des Erlösbudgets des nicht verpflichteten Krankenhauses bzw. der nicht verpflichteten Krankenhäuser ist, dann geht die Verpflichtung zur Teilnahme an der Kalkulation auf das durch den Zusammenschluss entstandene Krankenhaus über.
2. Wenn das Erlösbudget des verpflichteten Krankenhauses bzw. der verpflichteten Krankenhäuser kleiner als das Erlösbudget des nicht verpflichteten Krankenhauses bzw. der nicht verpflichteten Krankenhäuser ist, dann geht die Verpflichtung zur Teilnahme an der Kalkulation nicht auf das durch den Zusammenschluss entstandene Krankenhaus über.

Maßgeblich ist jeweils das vereinbarte Erlösbudget des letzten verfügbaren Vereinbarungszeitraumes. Erfolgt ein Zusammenschluss gemäß Nummer 1 unterjährig, so ruht für das Jahr des Zusammenschlusses die Kalkulationsverpflichtung. Die in § 2 Absatz 2 der Vereinbarung festgelegte Kalkulationsdauer verlängert sich in diesem Fall um ein Jahr.

§ 6 Inkrafttreten

Diese Ergänzungsvereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.09.2017 in Kraft.

§ 7 Kündigung

- (1) Diese Ergänzungsvereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende schriftlich gekündigt werden. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. Falls innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei. Bis zu einer Neuvereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle gilt die bisherige Ergänzungsvereinbarung fort.
- (2) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 kann eine Teilkündigung des § 4 Absatz 3 der Ergänzungsvereinbarung mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende erfolgen. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. Falls innerhalb von drei Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei. Bis zu einer Neuvereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle gilt der bisherige § 4 Absatz 3 der Ergänzungsvereinbarung fort.

§ 8
Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieser Ergänzungsvereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Ergänzungsvereinbarung im Übrigen nicht berührt. Die Vertragsparteien werden die ungültige Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem Zweck der ungültigen Bestimmung möglichst nahekommt.

Anlagen:

1. Konzept zur Verbesserung der Repräsentativität der Stichprobe
2. Psych-Strukturinformationen

Konzept

Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe

1. Grundsätzliche Vorbemerkungen

Als Maßstab zur Bewertung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe wird die Zusammensetzung der Grundgesamtheit bzgl. bestimmter Struktur- und Leistungsmerkmale verwendet. Die Kalkulationsstichprobe ist repräsentativ, wenn die relative Zusammensetzung der Stichprobe hinsichtlich dieser Merkmale der relativen Zusammensetzung der Grundgesamtheit hinsichtlich dieser Merkmale weitgehend entspricht.

Die Analysen zur Beurteilung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe und der Auswahlprozess werden auf Grundlage der medizinisch plausibilisierten Daten der vollstationären Fälle der jeweils aktuellen §-21-Datenlieferung durchgeführt.

Das Ziel der Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe wird durch einen praktikablen Einstieg zur Erweiterung der Kalkulationsstichprobe und die stetige Weiterentwicklung der Stichprobenzusammensetzung erreicht. Im Fokus der Repräsentativitätsbetrachtung befinden sich die Merkmale „Trägerschaft“ und „Leistungsbereiche“. Dabei bleibt die freiwillige Kalkulationsteilnahme grundsätzlich auch zukünftig erhalten. Zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe wird die Stichprobe durch die verpflichtende Kalkulationsteilnahme einzelner Krankenhäuser ergänzt. Um mit einer überschaubaren Anzahl von Krankenhäusern einen möglichst großen Schritt hinsichtlich der Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe zu erzielen, sollen die Krankenhäuser mit dem größtmöglichen Erklärungsbeitrag für die Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe in die nähere Auswahl gelangen. In einem Mehr-Komponenten-Modell wird dieser Ansatz unter Betrachtung der krankenhausindividuellen Leistungserbringung operationalisiert.

Ein Krankenhaus kann in die Auswahlmenge gelangen, wenn das Krankenhaus im aktuell analysierten Datenjahr nicht oder nicht erfolgreich an der jeweiligen Kostenerhebung teilgenommen hat. Dies gilt unabhängig davon, ob für das Krankenhaus eine Vereinbarung zur freiwilligen Teilnahme an der Kostenerhebung vorliegt. Ein Krankenhaus, das bereits zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichtet wurde, kann für den laufenden Verpflichtungszeitraum nicht ein weiteres Mal zur Teilnahme verpflichtet werden (das Krankenhaus kann nicht in die Auswahlmenge gelangen). Bei den zum Zeitpunkt der Repräsentativitätsanalyse zur Teilnahme verpflichteten Krankenhäusern werden zur Analyse der Repräsentativität der Leistungsbereiche in den Entgeltbereichen „DRG“ und „PSY“ alle Fälle als weiterhin fehlend betrachtet, wenn das verpflichtete Krankenhaus nicht oder nicht erfolgreich an der jeweiligen Kostenerhebung teilgenommen hat.

Das Merkmal „Trägerschaft“ ist Bestandteil des §-21-Datensatzes und kann die Ausprägungen „öffentlich“, „frei-gemeinnützig“ und „privat“ annehmen. Sowohl bzgl. des

Krankenhausanteils als auch bzgl. des Fallanteils lässt sich ermitteln, um wie viele Krankenhäuser der jeweiligen Trägergruppen die Kalkulationsstichprobe zu erweitern ist, um die Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe bzgl. des Merkmals „Trägerschaft“ zu erreichen.

Hieraus lässt sich für jede Ziehung ein geeignetes Verhältnis der Trägergruppen zur Erweiterung der Kalkulationsstichprobe ableiten. Das Verhältnis der jeweiligen Trägergruppen, mit dem die Kalkulationsstichprobe erweitert wird, ergibt sich grundsätzlich aus dem Mittelwert der Verhältnisse bei Betrachtung der Krankenhaus- und Fallanteile.

Die Vorgehensweise zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe wird im Folgenden für die Entgeltbereiche „DRG“ und „PSY“ sowie für die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen (INV-Kalkulation) getrennt dargestellt. Das Konzept unterscheidet sich im Wesentlichen in der Beschreibung der Leistungsbereiche und der konkreten Vorgehensweise zur Bestimmung der Auswahlmenge für die zufällige Ziehung von für die Kalkulation auszuwählenden Krankenhäusern.

Vor dem Losverfahren stimmen die Vertragsparteien auf Bundesebene ab, wie viele Krankenhäuser jeweils in die Auswahlmenge gelangen (= Anzahl der Krankenhäuser in der Lostrommel) und wie viele Krankenhäuser im Rahmen der Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation jeweils zur Teilnahme verpflichtet werden sollen (= Anzahl der Ziehungsrunden). Im Folgenden wird zur Erläuterung des Konzepts jeweils von einer bestimmten Anzahl von Krankenhäusern in der Auswahlmenge und einer bestimmten Anzahl zu verpflichtender Krankenhäuser ausgegangen. Diese Zahlen dienen ausschließlich der Illustration der Vorgehensweise und können von den von den Vertragsparteien auf Bundesebene jeweils konsentierten Zahlen abweichen.

Die Ziehung selbst erfolgt unter notarieller Begleitung und Aufsicht durch Vertreter der Vertragsparteien auf Bundesebene. Die Ziehung wird transparent in einer Dokumentation im Internet veröffentlicht. Die vollständige Nachvollziehbarkeit des Verfahrens ist damit gegeben.

Das Konzept basiert auf dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit, da nur eine begrenzte Anzahl von Häusern benötigt wird, um eine deutliche Verbesserung bei der Repräsentativität der Leistungsabbildung zu erzielen. Simulationen zeigen, dass sich die Repräsentativität hinsichtlich der Trägerschaft sowie hinsichtlich vieler unterrepräsentierter Leistungen in der Kalkulationsstichprobe mit einer überschaubaren Anzahl neu in die Kalkulationsstichprobe aufgenommenen Krankenhäuser deutlich verbessern kann.

Eine regelmäßige Überprüfung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe analysiert Konsolidierungseffekte und Veränderungen der Zusammensetzung der Grundgesamtheit hinsichtlich der Merkmale „Trägerschaft“ und „Leistungsbereiche“ sowie ggf. weiterer Merkmale und Merkmalskombinationen. Auf Basis des Analyseergebnisses entscheiden die

Vertragsparteien auf Bundesebene über Zeitpunkt und Umfang der nächsten Ziehung zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe.

Hinweise:

Auf Grundlage dieses Konzepts wird kein Kalkulationskrankenhaus aufgefordert, aus der Kalkulation auszusteigen. Zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe wird diese lediglich um weitere Krankenhäuser ergänzt. Die Auswahl der Krankenhäuser erfolgt nicht bewusst, jedoch unter Berücksichtigung der Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe hinsichtlich der betrachteten Merkmale. Die Methodik zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe erfolgt unter der vollständigen Nachvollziehbarkeit der Auswahl, Diskriminierungsfreiheit innerhalb des Verfahrens und der Sicherung der adäquaten Betreuung der neuen Kalkulationsteilnehmer.

Da die Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe nicht in einem Schritt zu erreichen ist, handelt es sich bei diesem Konzept um einen praktikablen Einstieg zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe. Die Wiederholung des o.g. Verfahrens führt zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe. Im Rahmen der sukzessiven Weiterentwicklung können darüber hinaus zukünftig weitere Merkmale und Merkmalskombinationen in das Konzept integriert werden.

2. Entgeltbereich „DRG“

Für die Illustration des Konzepts in diesem Entgeltbereich wird davon ausgegangen, dass 20 Krankenhäuser für die Teilnahme an der Kostenerhebung verpflichtet werden sollen und sich in jedem Ziehungsschritt 30 Krankenhäuser in der Auswahlmenge (= in der Lostrommel) befinden.

2.1 Analyse der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe bzgl. der Merkmale „Trägerschaft“ und „Leistungsbereiche“

2.1.1 Analyse bzgl. des Merkmals „Trägerschaft“

Auf Grundlage der Daten des Datenjahres 2015 ergibt sich bspw., dass Krankenhäuser mit privater Trägerschaft stark und Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft leicht unterrepräsentiert sind. Als abgeleitetes Verhältnis ergibt sich, dass Krankenhäuser mit privater Trägerschaft und Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft im Verhältnis 4,7 : 1 ergänzt werden sollten. Werden z.B. 20 Krankenhäuser neu in die Kalkulationsstichprobe aufgenommen, sollten also 16 Krankenhäuser mit privater Trägerschaft und 4 Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft zur Verbesserung der Repräsentativität hinsichtlich des Merkmals „Trägerschaft“ ergänzt werden.

2.1.2 Analyse bzgl. des Merkmals „Leistungsbereiche“ und Priorisierung

Die Kostenkalkulation sollte durch die Hauptleistungserbringer der jeweiligen Leistung getragen werden. Zur Operationalisierung des Merkmals „Leistungsbereiche“ werden als Hauptleistungserbringer einer Leistung die Krankenhäuser mit den höchsten Fallzahlen bzgl. dieser Leistung definiert. Je stärker die Kostenkalkulation durch Hauptleistungserbringer getragen wird, desto robuster und stabiler sind die Kalkulationsergebnisse aufgrund einer hohen Fallzahl in der Kalkulationsstichprobe und der geringeren Variabilität zwischen den Kalkulationsjahren.

Die Darstellung der Leistungsbereiche erfolgt auf Ebene der einzelnen DRGs. Die Daten der aktuellen §-21-Datenlieferung werden dazu nach dem aktuellen G-DRG-Katalog gruppiert (d.h. bspw. im Frühsommer 2017 die Daten des Datenjahres 2016, gruppiert nach dem G-DRG-System 2017). Hiervon werden einzelne Leistungen ausgenommen, die hinsichtlich einer Repräsentativitätsbetrachtung nicht im Fokus stehen, da bei diesen Leistungen davon auszugehen ist, dass eine Verbesserung der Repräsentativität hinsichtlich des Merkmals „Leistungsbereiche“ keinen Einfluss auf die Berechnung der Bewertungsrelationen hat: Dies betrifft bspw. Fehler-DRGs (wie 960Z *Nicht gruppierbar*, 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose*, etc.) sowie einige unbewertete DRGs aus Anlage 3a, die sich aufgrund ihrer Definition einer Pauschalierung entziehen (wie B61B *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks [...]*, Y01Z *Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen*, etc.). Ergänzt werden die betrachteten DRGs hingegen um über das G-DRG-System streuende Leistungen (wie die Menge der Fälle mit hochaufwendiger Pflege (PKMS) und der Fälle mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung): Für diese weit über das G-DRG-System streuenden Leistungen werden zusätzliche Fallgruppen gebildet.

Je Leistungsbereich wird geprüft, ob dieser in der Gruppe der Hauptleistungserbringer in der Kalkulationsstichprobe unterrepräsentiert ist: Dazu wird zunächst ermittelt, welche Krankenhäuser Leistungserbringer im jeweiligen Leistungsbereich sind. Die leistungserbringenden Krankenhäuser werden absteigend nach Fallzahl sortiert. Zur Gruppe der Top10%-Krankenhäuser zählen die fallzahlstärksten Krankenhäuser, bis ein kumulierter Fallanteil von 10% erreicht wird, wobei die relativen Fallanteile in Bezug auf den Leistungsbereich der sortierten Krankenhäuser aufsummiert werden. Analog gehören zur Gruppe der Top25%-Krankenhäuser die fallzahlstärksten Krankenhäuser, bis ein kumulierter Fallanteil von 25% erreicht wird. Krankenhäuser mit gleicher Fallzahl in einem Leistungsbereich werden dabei stets identisch behandelt. Die Gruppe der Top25%-Krankenhäuser ist eine Obermenge der Gruppe der Top10%-Krankenhäuser. Sie definiert die Hauptleistungserbringer eines Leistungsbereichs.

Im nächsten Schritt werden die Fallanteile der aktuellen Kalkulation bzgl. der Top10%- und bzgl. der Top25%-Krankenhäuser berechnet.

Der Leistungsbereich wird als *unterrepräsentiert* definiert, wenn der Fallanteil der Kalkulationskrankenhäuser in der Gruppe der Top10%-Krankenhäuser kleiner als 10 Prozent oder in der Gruppe der Top25%-Krankenhäuser kleiner als 25 Prozent ist.

Auf Grundlage der Daten des Datenjahres 2015 liegt bspw. bei knapp einem Viertel (24%) der berücksichtigten DRGs in der Kalkulationsstichprobe eine Schiefelage vor (d.h. diese Leistungsbereiche sind unterrepräsentiert). Sie stehen für gut 2,7 Mio. Fälle, die deutschlandweit für einen Fallanteil von rund 15% und einen Casemixanteil von rund einem Fünftel (20%) stehen.

Um eine bedeutsame Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe bereits mit einer geringen Anzahl neu aufgenommener Krankenhäuser zu erreichen, erfolgt eine Priorisierung unter den im vorherigen Schritt ermittelten unterrepräsentierten Leistungsbereichen. Priorisiert betrachtet werden:

- die gemessen am Casemix finanzstärksten DRGs, die in Summe für drei Viertel des Casemixvolumens stehen (*Casemixrelevanz*). Gemäß dem Pareto-Prinzip sind dies rund ein Viertel der unterrepräsentierten DRGs.
- Leistungsbereiche, bei denen die Fallzahl höher als 7.000, zugleich der Fallanteil der Kalkulationskrankenhäuser in der Gruppe der Top10%-Krankenhäuser kleiner als 10 Prozent und in der Gruppe der Top25%-Krankenhäuser kleiner als 25 Prozent ist (*Fallzahlrelevanz*)
- die über das G-DRG-System streuenden Leistungen (*Systemrelevanz*)

Auf Basis der Erfahrungen der ersten Ziehung vom 31.10.2016 wird zur Verbesserung des zu erzielenden Erklärungsbeitrags der gezogenen Krankenhäuser als weitere Komponente die „Helfende Fallzahl“ integriert. Dabei wird spezifisch auf die Anzahl der Fälle in den unterrepräsentierten Leistungsbereichen, d.h. den Fällen mit hohem Erklärungsbeitrag zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation abgestellt. Mit dieser Komponente wird auch aus Gründen der Datensparsamkeit die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Krankenhäuser mit einem höheren Erklärungsbeitrag in den unterrepräsentierten Leistungsbereichen in die Auswahlmenge gelangen.

2.2 Auswahlprozess zur Erweiterung der Kalkulationsstichprobe

Die Krankenhäuser können auf verschiedene Weise einen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe leisten: Sie können zu einer der unterrepräsentierten Trägergruppen zählen oder Hauptleistungserbringer in einem oder mehreren unterrepräsentierten Leistungsbereichen sein. In diesem Abschnitt wird beschrieben, wie mit den unterschiedlichen Verbesserungsbeiträgen umgegangen wird.

Über ein geeignetes Ranking werden die unterschiedlichen Verbesserungsbeiträge der Krankenhäuser bzgl. der priorisierten unterrepräsentierten Leistungsbereiche abgebildet. In

einem iterativen zufallsbedingten dynamischen Auswahlprozess wird in jedem Ziehungsschritt genau ein Krankenhaus aus dem oberen Bereich des Rankings ausgelost, um die Kalkulationsstichprobe zu ergänzen. Jedes neu hinzukommende Krankenhaus verändert die Kalkulationsstichprobe hinsichtlich der Merkmale „Trägerschaft“ und „Leistungsbereiche“. Diese Veränderungen werden im Auswahlprozess dadurch berücksichtigt, dass das Ranking der Krankenhäuser unter Berücksichtigung der Erweiterung der Kalkulationsstichprobe am Beginn eines jeden Ziehungsschritts aktualisiert wird und nur eine vorgegebene Anzahl an Krankenhäusern der Trägergruppen neu aufgenommen wird.

Jeder Ziehungsschritt besteht aus den Teilschritten „Aufstellung bzw. Aktualisierung des Rankings“ und „Losverfahren zur Auswahl eines Krankenhauses“. Diese werden im Folgenden näher erläutert:

2.2.1 Aufstellung bzw. Aktualisierung des Rankings

1. Zu Beginn wird geprüft, welche der ursprünglichen priorisierten unterrepräsentierten Leistungsbereiche in der – ab dem zweiten Ziehungsschritt erweiterten – Kalkulationsstichprobe (noch) unterrepräsentiert sind: Liste 1 enthält die Leistungsbereiche, bei denen der Fallanteil der Kalkulationskrankenhäuser in der Gruppe der Top10%-Krankenhäuser kleiner als 10 Prozent ist. Liste 2 enthält die Leistungsbereiche, bei denen der Fallanteil der Kalkulationskrankenhäuser in der Gruppe der Top25%-Krankenhäuser kleiner als 25 Prozent ist.
2. Für jedes Krankenhaus, das nicht oder nicht erfolgreich an der Kostenerhebung teilgenommen hat und zu einer der in der aktuellen Kalkulationsstichprobe unterrepräsentierten Trägergruppen gehört, wird sowohl für Liste 1 als auch für Liste 2 aus Schritt 1 ermittelt, bei wie vielen Leistungsbereichen das Krankenhaus einen Verbesserungsbeitrag leisten kann und wie groß sein Fallanteil in diesen Leistungsbereichen ist. Aus den jeweiligen Werten für Liste 1 und Liste 2 werden Mittelwerte gebildet für die Anzahl der Leistungsbereiche, in denen das Krankenhaus einen Verbesserungsbeitrag leisten kann, und für den Fallanteil, mit dem das Krankenhaus einen Verbesserungsbeitrag leisten kann. Die „Helfende Fallzahl“ wird als Summe der Fälle eines Krankenhauses in den unterrepräsentierten Leistungsbereichen bestimmt, sofern das Krankenhaus dort zur Gruppe der Top10%- oder Top25%-Krankenhäuser gehört.
3. Für Liste 1 und Liste 2 wird jeweils für die mittlere Anzahl der Leistungsbereiche und den mittleren Fallanteil aus Schritt 2 eine absteigend sortierte Rangliste über alle Krankenhäuser gebildet. Für die „Helfende Fallzahl“ wird ebenfalls eine absteigend sortierte Rangliste über alle Krankenhäuser gebildet.
4. Für jedes Krankenhaus wird der Rangmittelwert der drei in Schritt 3 ermittelten Ränge berechnet.
5. Der Gesamtrang eines Krankenhauses im Ranking ergibt sich final wie folgt: Alle Krankenhäuser werden entsprechend ihrer Rangmittelwerte so sortiert, dass die Krankenhäuser mit dem höchsten Verbesserungspotential im Ranking oben stehen.

Bei gleichen Rangmittelwerten wird zunächst in absteigender Reihenfolge der mittlere Fallanteil, bei zudem gleichem mittlerem Fallanteil in absteigender Reihenfolge die mittlere Anzahl der Leistungsbereiche berücksichtigt. Im höchst unwahrscheinlichen Fall der Gleichheit der Rangmittelwerte, des mittleren Fallanteils und der mittleren Anzahl der Leistungsbereiche werden die Fallzahl (aufsteigend) und der Casemix (absteigend) zur eindeutigen Berechnung der Reihenfolge herangezogen.

Die Berechnung des Gesamtrangs mit Hilfe der drei Rangzahlen führt als eine Gewichtung dazu, dass sich diejenigen Krankenhäuser im Ranking weiter oben wiederfinden, die bei den besonders stark, nämlich sowohl in der Gruppe der Top10%-Krankenhäuser als auch in der Gruppe der Top25%-Krankenhäuser unterrepräsentierten Leistungsbereichen einen Verbesserungsbeitrag leisten können und die eine hohe „Helfende Fallzahl“ in diesen unterrepräsentierten Leistungsbereichen aufweisen.

Dass sowohl die Anzahl der Leistungsbereiche, in denen das Krankenhaus einen Verbesserungsbeitrag leisten kann, als auch der Fallanteil des Krankenhauses in diesen Leistungsbereichen im Ranking berücksichtigt werden, liegt darin begründet, dass ersteres eher für große, d.h. fallzahlstarke Krankenhäuser zutrifft, auf eine Verbesserung vieler Leistungsbereiche zielt und zu einer zusätzlichen Aufnahme vieler Fälle führt, letzteres hingegen eher auf spezialisierte Krankenhäuser zutrifft, eine zielgerichtete Verbesserung einzelner Leistungsbereiche bewirkt und zur zusätzlichen Aufnahme eher weniger Fälle führt. Die „Helfende Fallzahl“ betont die Hauptleistungserbringer in den unterrepräsentierten Leistungsbereichen derart, dass Krankenhäuser mit hohem Erklärungsbeitrag in diesen Leistungsbereichen mit höherer Wahrscheinlichkeit im Ranking weiter oben stehen. Kleinere Fachkrankenhäuser mit ausgeprägter Spezialisierung auf wenige DRGs werden damit tendenziell im Ranking weiter nach unten verschoben. Die Bildung der Rangmittelwerte aus den drei Ranglisten schafft eine ausgewogene Balance zwischen den vorgenannten Tendenzen.

2.2.2 Losverfahren zur Auswahl eines Krankenhauses

Das vor jedem der 20 Ziehungsschritte aktualisierte Ranking berücksichtigt adäquat, welche Krankenhäuser wie stark zur Verbesserung der Repräsentativität beitragen können. Krankenhäuser mit höherem Verbesserungspotential finden sich weiter oben im Ranking.

Aus Abschnitt 2.1 ist zudem bekannt, in welchem Verhältnis bzw. wie viele Krankenhäuser der einzelnen Trägergruppen in die Kalkulationsstichprobe ergänzt werden müssen. Vor dem Losverfahren wird geprüft, aus welchen Trägergruppen Krankenhäuser noch zu ergänzen sind.

Zur Vermeidung einer bewussten Auswahl eines Krankenhauses wird innerhalb der 30 im Ranking am weitesten oben stehenden Krankenhäuser (Auswahlmenge), die zu einer noch

unterrepräsentierten Trägergruppe gehören, ein Krankenhaus ausgelost, um die Kalkulationsstichprobe zu ergänzen. Jedes der 30 Krankenhäuser in der Lostrommel des Ziehungsschritts kann dabei mit gleicher Wahrscheinlichkeit (hier: $1 / 30 = 3,33\%$) gezogen werden.

Der Auswahlprozess endet, wenn die vorher abgestimmte Anzahl an Krankenhäusern erreicht wird, die zur Teilnahme an der Kostenkalkulation verpflichtet werden sollen.

Der iterative Auswahlprozess mit Aktualisierung des Rankings vor jeder Ziehung bewirkt, dass im Erwartungswert mit relativ wenigen zusätzlich in die Kalkulationsstichprobe gelangenden Häusern die größtmögliche Verbesserung hinsichtlich der Leistungsabbildung erzielt werden kann. Aufgrund der unterschiedlichen Leistungsprofile und Fallgruppen der einzelnen Krankenhäuser, der Aktualisierung des Rankings und der Beschränkung der Größe des Lostopfes ergeben sich für die einzelnen Krankenhäuser unterschiedliche Wahrscheinlichkeiten, um für die Kalkulationsstichprobe ausgewählt zu werden.

3. Entgeltbereich „PSY“

Solange für die §-21-Datenlieferung im Entgeltbereich „PSY“ noch Abrechnungsdaten nach tagesgleichen Pflegesätzen und nach der Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPPV) gleichermaßen existieren, ist die Datengrundlage zunächst zu vereinheitlichen. Dazu werden alle Fälle, die noch nach tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet wurden, anhand der Abrechnungsbestimmungen der PEPPV in das neue PEPP-Entgeltsystem überführt. Die Überführung betrifft insbesondere die Regeln zur Fallzusammenführung und die einheitliche Gruppierung mit dem für das Datenjahr gültigen PEPP-Groupen.

Für die Illustration des Konzepts in diesem Entgeltbereich wird davon ausgegangen, dass 20 Krankenhäuser für die Teilnahme an der Kostenerhebung verpflichtet werden sollen und sich in jedem Ziehungsschritt 25 Krankenhäuser in der Auswahlmenge (= in der Lostrommel) befinden.

3.1 Analyse der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe bzgl. der Merkmale „Trägerschaft“ und „Leistungsbereiche“

3.1.1 Analyse bzgl. des Merkmals „Trägerschaft“

Auf Grundlage der Daten des Datenjahres 2015 ergibt sich bspw., dass Krankenhäuser mit privater Trägerschaft stark und Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft leicht unterrepräsentiert sind. Im Vergleich zum Entgeltbereich „DRG“ weisen die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft im Entgeltbereich „PSY“ eine vergleichsweise deutlich höhere Teilnahmequote auf. Wird in einem ersten Schritt für die Krankenhäuser in frei-gemeinnütziger und privater Trägerschaft eine Teilnahmequote von etwa 2/3 der mittleren Teilnahmequote der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft angestrebt, ergibt sich als abgeleitetes Verhältnis, dass Krankenhäuser mit privater Trägerschaft und Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft im Verhältnis 3,4 : 1 ergänzt werden sollten. Werden z.B. 20 Krankenhäuser neu in die Kalkulationsstichprobe aufgenommen, sollten also 15 Krankenhäuser mit privater Trägerschaft und 5 Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe hinsichtlich des Merkmals „Trägerschaft“ ergänzt werden.

3.1.2 Analyse bzgl. des Merkmals „Leistungsbereiche“ und Priorisierung

Die Kostenkalkulation sollte durch die Hauptleistungserbringer der jeweiligen Leistung getragen werden. Zur Operationalisierung des Merkmals „Leistungsbereiche“ werden als Hauptleistungserbringer einer Leistung die Krankenhäuser mit den höchsten Fallzahlen bzgl. dieser Leistung definiert. Je stärker die Kostenkalkulation durch Hauptleistungserbringer getragen wird, desto robuster und stabiler sind die Kalkulationsergebnisse aufgrund einer hohen Fallzahl in der Kalkulationsstichprobe und der geringeren Variabilität zwischen den Kalkulationsjahren.

Die Darstellung der Leistungsbereiche erfolgt auf Ebene der einzelnen PEPP. Die Daten der aktuellen §-21-Datenlieferung werden dazu nach Vereinheitlichung auf die Abrechnungsbestimmungen nach der PEPPV nach dem aktuellen PEPP-Katalog gruppiert (d.h. bspw. im Frühsommer 2017 die Daten des Datenjahres 2016, gruppiert nach dem PEPP-Katalog 2017). Hiervon werden einzelne Leistungen ausgenommen, die hinsichtlich einer Repräsentativitätsbetrachtung nicht im Fokus stehen, da bei diesen Leistungen davon auszugehen ist, dass eine Verbesserung der Repräsentativität hinsichtlich des Merkmals „Leistungsbereiche“ keinen Einfluss auf die Berechnung der Bewertungsrelationen hat: Dies betrifft bspw. Fehler-PEPPs (wie PF01Z *Fehlkodierung bei erhöhtem Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Kleinstgruppe und Krisenintervention*, PF02Z *Fehlkodierung bei psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung bei Erwachsenen*, etc.) sowie einige unbewertete PEPPs aus Anlage 1b bzw. 2b, die aufgrund ihrer Definition nur geringe Abrechnungsrelevanz aufweisen (wie PA98Z *Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose*, PA99Z *Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose*, etc.). Ergänzt werden die betrachteten PEPPs hingegen um über das PEPP-System streuende Leistungen der ergänzenden Tagesentgelte aus Anlage 5 (bspw. ET01 *Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*): Für diese Leistungen werden zusätzliche Analysegruppen gebildet.

Je Leistungsbereich wird geprüft, ob dieser in der Gruppe der Hauptleistungserbringer in der Kalkulationsstichprobe unterrepräsentiert ist: Dazu wird zunächst ermittelt, welche Krankenhäuser Leistungserbringer im jeweiligen Leistungsbereich sind. Die leistungserbringenden Krankenhäuser werden absteigend nach Fallzahl sortiert. Zur Gruppe der Top10%-Krankenhäuser zählen die fallzahlstärksten Krankenhäuser, bis ein kumulierter Fallanteil von 10% erreicht wird, wobei die relativen Fallanteile in Bezug auf den Leistungsbereich der sortierten Krankenhäuser aufsummiert werden. Analog gehören zur Gruppe der Top25%-Krankenhäuser die fallzahlstärksten Krankenhäuser, bis ein kumulierter Fallanteil von 25% erreicht wird. Krankenhäuser mit gleicher Fallzahl in einem Leistungsbereich werden dabei stets identisch behandelt. Die Gruppe der Top25%-Krankenhäuser ist eine Obermenge der Gruppe der Top10%-Krankenhäuser. Sie definiert die Hauptleistungserbringer eines Leistungsbereichs.

Im nächsten Schritt werden die Fallanteile der aktuellen Kalkulation bzgl. der Top10%- und bzgl. der Top25%-Krankenhäuser berechnet.

Der Leistungsbereich wird als *unterrepräsentiert* definiert, wenn der Fallanteil der Kalkulationskrankenhäuser in der Gruppe der Top10%-Krankenhäuser kleiner als 10 Prozent oder in der Gruppe der Top25%-Krankenhäuser kleiner als 25 Prozent ist.

Um eine bedeutsame Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe bereits mit einer geringen Anzahl neu aufgenommenen Krankenhäuser zu erreichen, erfolgt eine Priorisierung unter den im vorherigen Schritt ermittelten unterrepräsentierten Leistungsbereichen. Aufgrund der geringeren Anzahl an Leistungserbringern und der geringeren Anzahl an Leistungsbereichen erfolgt eine zweischichtige Priorisierung mit der Betrachtung von:

- Leistungsbereichen, bei denen die Fallzahl höher als 200 ist (*Fallzahlrelevanz*)
- den über das PEPP-System streuenden Leistungen (*Systemrelevanz*)

Der Grad der Spezialisierung ist im Entgeltbereich „PSY“ anders ausgeprägt als im Entgeltbereich „DRG“. So könnte bspw. ein Krankenhaus mit einem relevanten Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität in der Strukturkategorie „Psychosomatik“ möglicherweise keinen oder nur einen geringen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität in der Strukturkategorie „Psychiatrie“ leisten.

Als weitere Komponente wird die „Helfende Fallzahl“ integriert. Dabei wird insbesondere die Anzahl der Fälle in Leistungsbereichen betrachtet, in denen das Krankenhaus Hauptleistungserbringer ist. Im Entgeltbereich „PSY“ werden zur Bestimmung der „Helfenden Fallzahl“ alle Leistungsbereiche mit einer deutschlandweiten Fallzahl von mindestens 200 Fällen ausgewertet. Mit dieser Komponente wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Hauptleistungserbringer mit einer höheren Fallzahl in den unterrepräsentierten Leistungsbereichen in die Auswahlmenge gelangen.

3.1.3 Weitere bei der Analyse der Repräsentativität zu berücksichtigende Merkmale

Im Entgeltbereich „PSY“ sollten auf Basis der bislang geführten Diskussionen weitere Merkmale bei der Analyse der Repräsentativität der Kalkulation berücksichtigt werden, die möglicherweise einen Einfluss auf die Repräsentativität der Kalkulation haben könnten.

- Art des Krankenhauses

Grundsätzlich können bei der Leistungserbringung zwei Einrichtungstypen unterschieden werden: Psychiatrische bzw. psychosomatische Fachkrankenhäuser auf der einen Seite und Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachabteilungen auf der anderen Seite. Eine Einteilung der leistungserbringenden Einrichtungen kann auf Grundlage der Leistungen bzw. Leistungsbereiche erfolgen. Ein Abgleich der Verteilung

zwischen Grundgesamtheit und Kalkulationsstichprobe ist möglich. Erste Analysen zeigen, dass die Hinzunahme des Merkmals „Art des Krankenhauses“ derzeit keinen Verbesserungsbeitrag zu den bereits bestehenden Merkmalen hinsichtlich der Auswahlmenge der Krankenhäuser zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe liefert. Zunächst soll daher zu Gunsten der Einfachheit und Nachvollziehbarkeit des Ziehungskonzepts die Art des Krankenhauses keine zusätzliche Berücksichtigung finden.

- Regionale Pflichtversorgung

Die Angabe, ob ein Krankenhaus an der regionalen Pflichtversorgung teilnimmt oder nicht, ist Bestandteil des §-21-Datensatzes. Allerdings ist die Datenqualität der Angabe zur regionalen Pflichtversorgung im §-21-Datensatz nicht einwandfrei einschätzbar. Darüber hinaus sind nach Angabe der Kalkulationskrankenhäuser in der Kalkulationsstichprobe mehrheitlich Krankenhäuser mit regionaler Pflichtversorgung vertreten. Aus dieser Perspektive wäre nach aktuellem Wissensstand zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation eine Erweiterung um psychiatrische bzw. psychosomatische Einrichtungen, die nicht an der regionalen Pflichtversorgung teilnehmen, erforderlich. Inwieweit die Berücksichtigung der regionalen Pflichtversorgung die Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe in den unterrepräsentierten Leistungsbereichen unterstützt, ist gegenwärtig unklar. Aus diesem Grund soll zunächst auf die Integration des Merkmals „Regionale Pflichtversorgung“ verzichtet werden.

- Umsetzung von Personalvorgaben

Nach Vorgabe in § 17d Abs. 1 KHG ist hinsichtlich der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe auch das Merkmal „Umsetzung der Personalvorgaben“ zu berücksichtigen. Dabei sind bis einschließlich dem Datenjahr 2019 die Vorgaben nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zur Zahl der Personalstellen und ab dem Datenjahr 2020 die gem. § 136a Abs. 2 SGB V festgelegten Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Personalausstattung zu berücksichtigen. Für das aktuelle Datenjahr (2016) liegen zur Umsetzung der Personalvorgaben der Psych-PV keine vollständigen Informationen auf Einrichtungsebene vor. Eine erste Übermittlung ist gem. § 18 Abs. 2 BPfIV zum 01.08.2017 vorgesehen. Gem. § 8 Abs. 2 der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung vom 26.06.2017 können Nachmeldungen für das Datenjahr 2016 bis zum 01.11.2017 erfolgen. Entsprechend kann dieses Merkmal für das Datenjahr 2016 derzeit nicht ausgewertet werden. Bei weiteren Ziehungen wird das Merkmal zur Umsetzung der Personalvorgaben – dem gesetzlichen Auftrag entsprechend – Berücksichtigung finden.

Der fehlenden Möglichkeit zur Berücksichtigung des Merkmals zur Umsetzung der Personalvorgaben sollte dadurch Rechnung getragen werden, dass in einer ersten Ziehung

anstelle der schätzungsweise erforderlichen Anzahl von Krankenhäusern zur Verbesserung der Repräsentativität hinsichtlich der Trägerschaft (80 Krankenhäuser) nur eine geringere Anzahl von Einrichtungen zur Kalkulation verpflichtet werden sollte (20 Krankenhäuser). Somit wird die Möglichkeit eröffnet, nach kurzer Zeit eine weitere Ziehung unter Berücksichtigung des Merkmals zur Umsetzung der Personalvorgaben und ggf. weiterer ergänzender Merkmale durchzuführen.

3.2 Auswahlprozess zur Erweiterung der Kalkulationsstichprobe

Die Krankenhäuser können, wie in Abschnitt 3.1 dargestellt, auf verschiedene Weise einen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe leisten: Sie können zu einer der unterrepräsentierten Trägergruppen zählen oder Hauptleistungserbringer in einem oder mehreren unterrepräsentierten Leistungsbereichen sein. In diesem Abschnitt wird beschrieben, wie mit den unterschiedlichen Verbesserungsbeiträgen umgegangen wird.

Über ein geeignetes Ranking werden die unterschiedlichen Verbesserungsbeiträge der Krankenhäuser bzgl. der priorisierten unterrepräsentierten Leistungsbereiche abgebildet. In einem iterativen zufallsbedingten dynamischen Auswahlprozess wird in jedem Ziehungsschritt genau ein Krankenhaus aus dem oberen Bereich des Rankings ausgelost, um die Kalkulationsstichprobe zu ergänzen. Jedes neu hinzukommende Krankenhaus verändert die Kalkulationsstichprobe hinsichtlich der Merkmale „Trägerschaft“ und „Leistungsbereiche“. Diese Veränderungen werden im Auswahlprozess dadurch berücksichtigt, dass das Ranking der Krankenhäuser unter Berücksichtigung der Erweiterung der Kalkulationsstichprobe am Beginn eines jeden Ziehungsschritts aktualisiert wird und nur eine vorgegebene Anzahl an Krankenhäusern der Trägergruppen neu aufgenommen wird.

Jeder Ziehungsschritt besteht aus den Teilschritten „Aufstellung bzw. Aktualisierung des Rankings“ und „Losverfahren zur Auswahl eines Krankenhauses“. Diese werden im Folgenden näher erläutert.

3.2.1 Aufstellung bzw. Aktualisierung des Rankings

1. Zu Beginn wird geprüft, welche der ursprünglichen priorisierten unterrepräsentierten Leistungsbereiche in der – ab dem zweiten Ziehungsschritt erweiterten – Kalkulationsstichprobe (noch) unterrepräsentiert sind: Liste 1 enthält die Leistungsbereiche, bei denen der Fallanteil der Kalkulationskrankenhäuser in der Gruppe der Top10%-Krankenhäuser kleiner als 10 Prozent ist. Liste 2 enthält die Leistungsbereiche, bei denen der Fallanteil der Kalkulationskrankenhäuser in der Gruppe der Top25%-Krankenhäuser kleiner als 25 Prozent ist.
2. Für jedes Krankenhaus, das nicht oder nicht erfolgreich an der Kostenerhebung teilgenommen hat und zu einer der in der ursprünglichen Kalkulationsstichprobe

unterrepräsentierten Trägergruppen gehört, wird sowohl für Liste 1 als auch für Liste 2 aus Schritt 1 analysiert, bei wie vielen Leistungsbereichen das Krankenhaus einen Verbesserungsbeitrag leisten kann und wie groß sein Fallanteil in diesen Leistungsbereichen ist. Aus den jeweiligen Werten für Liste 1 und Liste 2 werden für die Anzahl der Leistungsbereiche, in denen das Krankenhaus einen Verbesserungsbeitrag leisten kann, und für den Fallanteil, mit dem das Krankenhaus einen Verbesserungsbeitrag leisten kann, Mittelwerte gebildet. Die „Helfende Fallzahl“ wird als Summe der Fälle eines Krankenhauses in den relevanten Leistungsbereichen bestimmt, sofern das Krankenhaus zur Gruppe der Top10%- oder Top25%-Häuser eines Leistungsbereichs gehört.

3. Für die mittlere Anzahl der Leistungsbereiche und den mittleren Fallanteil aus Schritt 2 wird jeweils eine absteigend sortierte Rangliste über alle Krankenhäuser gebildet. Für die „Helfende Fallzahl“ wird ebenfalls eine absteigend sortierte Rangliste über alle Krankenhäuser gebildet.
4. Für jedes Krankenhaus wird der Rangmittelwert der drei in Schritt 3 ermittelten Ränge berechnet.
5. Der Gesamtrang eines Krankenhauses im Ranking ergibt sich final wie folgt: Alle Krankenhäuser werden entsprechend ihrer Rangmittelwerte so sortiert, dass die Krankenhäuser mit dem höchsten Verbesserungspotential im Ranking oben stehen. Bei gleichen Rangmittelwerten wird zunächst in absteigender Reihenfolge der mittlere Fallanteil, bei zudem gleichem mittlerem Fallanteil in absteigender Reihenfolge die mittlere Anzahl der Leistungsbereiche berücksichtigt. Im höchst unwahrscheinlichen Fall der Gleichheit der Rangmittelwerte, des mittleren Fallanteils und der mittleren Anzahl der Leistungsbereiche werden die Fallzahl (absteigend) und der Casemix (absteigend) zur eindeutigen Berechnung der Reihenfolge herangezogen.

Die Berechnung des Gesamtrangs mit Hilfe der drei Rangzahlen führt als eine Gewichtung dazu, dass sich diejenigen Krankenhäuser im Ranking weiter oben wiederfinden, die bei den besonders stark (nämlich sowohl in der Gruppe der Top10%-Krankenhäuser als auch in der Gruppe der Top25%-Krankenhäuser) unterrepräsentierten Leistungsbereichen einen Verbesserungsbeitrag leisten können bzw. die eine hohe „Helfende Fallzahl“ aufweisen.

Dass sowohl die Anzahl der Leistungsbereiche, in denen das Krankenhaus einen Verbesserungsbeitrag leisten kann, als auch der Fallanteil des Krankenhauses in diesen Leistungsbereichen im Ranking berücksichtigt werden, liegt darin begründet, dass ersteres eher für große, d.h. fallzahlstarke Krankenhäuser zutrifft, auf eine Verbesserung mehrerer Leistungsbereiche zielt und zu einer zusätzlichen Aufnahme vieler Fälle führt, letzteres hingegen eher auf spezialisierte Krankenhäuser zutrifft, eine zielgerichtete Verbesserung einzelner Leistungsbereiche bewirkt und zur zusätzlichen Aufnahme eher weniger Fälle führt. Die „Helfende Fallzahl“ betont die Fallzahl derart, dass Hauptleistungserbringer mit höherer Wahrscheinlichkeit im Ranking weiter oben stehen. Kleinere Fachkrankenhäuser mit ausgeprägter Spezialisierung auf wenige PEPPs werden damit tendenziell im Ranking weiter

nach unten verschoben. Die Bildung der Rangmittelwerte aus den drei Ranglisten schafft eine ausgewogene Balance zwischen den vorgenannten Sachverhalten.

3.2.2 Losverfahren zur Auswahl eines Krankenhauses

Das vor jedem der 20 Ziehungsschritte aktualisierte Ranking berücksichtigt adäquat, welche Krankenhäuser wie stark zur Verbesserung der Repräsentativität beitragen können. Krankenhäuser mit höherem Verbesserungspotential finden sich weiter oben im Ranking.

Aus Abschnitt 3.1 ist zudem bekannt, in welchem Verhältnis bzw. wie viele Krankenhäuser der einzelnen Trägergruppen in die Kalkulationsstichprobe ergänzt werden müssen. Vor dem Losverfahren wird geprüft, aus welchen Trägergruppen Krankenhäuser noch zu ergänzen sind.

Zur Vermeidung einer bewussten Auswahl eines Krankenhauses wird innerhalb der 25 im Ranking am weitesten oben stehenden Krankenhäuser (Auswahlmenge), die zu einer noch unterrepräsentierten Trägergruppe gehören, ein Krankenhaus ausgelost, um die Kalkulationsstichprobe zu ergänzen. Jedes der 25 Krankenhäuser in der Lostrommel des Ziehungsschritts kann dabei mit gleicher Wahrscheinlichkeit (hier: $1 / 25 = 4,0\%$) gezogen werden.

Der Auswahlprozess endet, wenn die vorher abgestimmte Anzahl an Krankenhäusern erreicht wird, die zur Teilnahme an der Kostenkalkulation verpflichtet werden sollen.

Der iterative Auswahlprozess mit Aktualisierung des Rankings vor jeder Ziehung bewirkt, dass im Erwartungswert mit relativ wenigen zusätzlich in die Kalkulationsstichprobe gelangenden Häusern die größtmögliche Verbesserung hinsichtlich der Leistungsabbildung erzielt werden kann. Aufgrund der unterschiedlichen Leistungsprofile und Fallgruppen der einzelnen Krankenhäuser, der Aktualisierung des Rankings und der Beschränkung der Größe des Lostopfes auf 25 ergeben sich für die einzelnen Krankenhäuser unterschiedliche Wahrscheinlichkeiten, um für die Kalkulationsstichprobe ausgewählt zu werden.

4. Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen

Auch für die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen (INV-Kalkulation) soll Repräsentativität anhand einer zu erreichenden annähernd identischen Verteilung geeigneter Merkmale in Grundgesamtheit und Kalkulationsstichprobe gemessen werden. Während das Merkmal „Trägerschaft“ unverändert übernommen werden kann, kann das im Entgeltbereich „DRG“ bzw. im Entgeltbereich „PSY“ verwendete Merkmal „Leistungsbereich“ bei der INV-Kalkulation nicht verwendet werden. An die Stelle des Merkmals „Leistungsbereich“ tritt die für die Leistungserbringung erforderliche Anlagennutzung.

Über die Anlagennutzung und die damit verbundene Investitionstätigkeit der Krankenhäuser in Deutschland existiert allerdings keine geeignete Datengrundlage. Ein Abgleich der Kalkulationsstichprobe mit der Grundgesamtheit auf Ebene des tatsächlichen Investitionsgeschehens kann somit nicht erfolgen. Für die Analyse der Repräsentativität muss daher ein Surrogat als Entscheidungsparameter verwendet werden. Der Katalog mit Investitionsbewertungsrelationen (INV-Katalog) bildet den leistungsorientierten Investitionsbedarf der Krankenhäuser pauschaliert ab. Im Rahmen der Kalkulation wird die Nutzung der Anlagegüter eines Krankenhauses bei der Behandlung der Patienten auf Grundlage des dokumentierten Leistungsgeschehens auf der Entgeltebene ökonomisch berechnet. Damit kann im Umkehrschluss anhand des Leistungsgeschehens mit Hilfe des INV-Katalogs der leistungsorientierte Investitionsbedarf der Krankenhäuser berechnet werden. Ein Abgleich der Verteilung des so gemessenen Investitionsbedarfs zwischen Grundgesamtheit und Kalkulationsstichprobe ist damit grundsätzlich möglich.

Das Ziehungskonzept setzt auf dem im Kalkulationsmodell verankerten Grundsatz auf, dass eine Leistungserbringung mit einer korrespondierenden Anlagennutzung und damit grundsätzlich mit einer entsprechenden Investitionstätigkeit in Verbindung steht. Mit dem Investitionsbedarf eines Krankenhauses ist eine (allerdings unbekannt) Wahrscheinlichkeit verbunden, bei den für die Erbringung der betrachteten Leistungen erforderlichen Anlagegütern tatsächlich korrespondierende, kalkulationsrelevante Investitionen durchgeführt zu haben. Je höher der leistungsorientierte Investitionsbedarf eines Krankenhauses ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Krankenhaus korrespondierende Investitionen in für die Leistungserbringung erforderliche Anlagegüter getätigt hat. Ein höherer leistungsorientierter Investitionsbedarf kann allerdings nicht automatisch mit tatsächlich durchgeführten Investitionsmaßnahmen, die im Rahmen der INV-Kalkulation übermittelt werden können, gleich gesetzt werden. Die tatsächlich durchgeführten Investitionen können den berechneten Investitionsbedarf sowohl unter- als auch überschreiten. Im Unterschied zur Ziehung im Entgeltbereich „DRG“ oder im Entgeltbereich „PSY“ geht mit der Ziehung von Krankenhäusern für die INV-Kalkulation im Ergebnis nichts anderes als eine hohe Wahrscheinlichkeit einher, dass die gezogenen Krankenhäuser kalkulationsrelevante Investitionen getätigt haben.

Für den Entgeltbereich „DRG“ ist die Darstellung des Investitionsbedarfs anhand des INV-Katalogs direkt möglich. Für den Entgeltbereich „PSY“, der ja insbesondere wegen der geringen Beteiligung an der Kalkulation bislang nicht bewertet werden konnte, liegt kein vollständig kalkulierter INV-Katalog vor. Eine Erweiterung der Datengrundlage im Entgeltbereich „PSY“ ist daher essentiell. Der Investitionsbedarf im Entgeltbereich „PSY“ kann hilfsweise auf Basis der vorliegenden (unvollständigen) Daten mit einem „Ersatz-INV-Katalog“ dargestellt werden. Die Wahrscheinlichkeit relevante Investitionsmaßnahmen in die INV-Kalkulation im Entgeltbereich „PSY“ einbringen zu können, ist bei psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachkrankenhäusern deutlich höher als bei allgemeinen Krankenhäusern mit psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachabteilungen. Daher wird insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit für die INV-Kalkulation im Entgeltbereich „PSY“ eine Ziehung ausschließlich unter den psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachkrankenhäusern durchgeführt. Die Einteilung der leistungserbringenden Einrichtungen in psychiatrische bzw. psychosomatische Fachkrankenhäuser einerseits und allgemeine Krankenhäuser mit ggf. psychiatrischer bzw. psychosomatischer Fachabteilung andererseits erfolgt auf Grundlage der Leistungen bzw. Leistungsbereiche. Für die Ziehung zur INV-Kalkulation im Entgeltbereich „DRG“ stehen alle Krankenhäuser, die keine psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachkrankenhäuser sind, zur Verfügung. Ggf. ergibt sich bei einem für die INV-Kalkulation im Entgeltbereich „DRG“ gezogenen allgemeinen Krankenhaus mit psychiatrischer bzw. psychosomatischer Fachabteilung eine zusätzliche Datenlieferung für die INV-Kalkulation im Entgeltbereich „PSY“.

Zur Illustration des Ziehungskonzepts für die INV-Kalkulation wird davon ausgegangen, dass insgesamt 40 Krankenhäuser für die Teilnahme an der Kostenerhebung verpflichtet werden sollen. Die 40 zu ziehenden Krankenhäuser setzen sich zusammen aus 20 Häusern für den INV-Katalog im Entgeltbereich „DRG“ und 20 Häusern für den INV-Katalog im Entgeltbereich „PSY“. In jedem Ziehungsschritt befinden sich 30 Krankenhäuser in der Auswahlmenge (= in der Lostrommel).

4.1 Analyse der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe bzgl. der Merkmale „Trägerschaft“ und „Anlagennutzung“

4.1.1 Analyse bzgl. des Merkmals „Trägerschaft“

Da eine getrennte Ziehung für die psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachkrankenhäuser im Entgeltbereich „PSY“ einerseits und die übrigen Krankenhäuser im Entgeltbereich „DRG“ andererseits durchgeführt werden soll, wird auch die Verteilung des Merkmals „Trägerschaft“ differenziert analysiert. Auf Grundlage der Daten des Datenjahres 2015 ergibt sich für die INV-Kalkulation im **Entgeltbereich „DRG“** bspw., dass kein Krankenhaus mit privater Trägerschaft an der INV-Kalkulation teilnimmt und Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft leicht unterrepräsentiert sind. Als abgeleitetes Verhältnis ergibt sich dann, dass Krankenhäuser mit privater Trägerschaft und

Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft im Verhältnis 2,7 : 1 ergänzt werden sollten. Werden z.B. 20 Krankenhäuser neu in die Kalkulationsstichprobe aufgenommen, sollten also 15 Krankenhäuser mit privater Trägerschaft und 5 Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft zur Verbesserung der Repräsentativität hinsichtlich des Merkmals „Trägerschaft“ ergänzt werden.

Auf Grundlage der Daten des Datenjahres 2015 ergibt sich für die INV-Kalkulation im **Entgeltbereich „PSY“** für die psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtungen bspw., dass kein Krankenhaus mit privater Trägerschaft an der INV-Kalkulation teilnimmt und die annähernd doppelt so große Gruppe der Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft deutlich unterrepräsentiert sind. Im Ergebnis sollten Krankenhäuser mit privater Trägerschaft und Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft im Verhältnis 1 : 1,3 ergänzt werden. Werden z.B. 20 Krankenhäuser neu in die Kalkulationsstichprobe aufgenommen, sollten also 9 Krankenhäuser mit privater Trägerschaft und 11 Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft zur Verbesserung der Repräsentativität hinsichtlich des Merkmals „Trägerschaft“ ergänzt werden.

4.1.2 Analyse bzgl. des Merkmals „Anlagennutzung“ und Sortierung der Krankenhäuser

Der Begriff „Anlagennutzung“ ist für das Ziehungskonzept zur INV-Kalkulation zu operationalisieren. Die Anlagennutzung kann als leistungsorientierter Investitionsbedarf mit Hilfe der INV-Bewertungsrelationen dargestellt werden. Repräsentativität auf alleiniger Basis des Investitionsbedarfs zu messen würde einer Sortierung der zu ziehenden Krankenhäuser nach der Größe des Krankenhauses entsprechen, da mit einem hohen leistungsorientierten Investitionsbedarf eine hohe Wahrscheinlichkeit verbunden ist, Investitionen in relevantem Umfang getätigt zu haben. Um den Einfluss der Krankenhausgröße etwas abzumildern, wird an Stelle des Investitionsbedarfs als Summe der INV-Bewertungsrelationen (INV-Casemix) der Casemix-Index der INV-Bewertungsrelationen (INV-CMI) als relative Größe verwendet.

Neben die Krankenhausgröße sollte eine weitere Betrachtungsebene für die Sortierung der Krankenhäuser eingefügt werden, die den Investitionsbedarf um eine Betrachtung der leistungsorientierten Anlagennutzung in der Datenbasis innerhalb der modularen Struktur der INV-Kalkulationsmatrix ergänzt. Um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, die aktuell bestehenden Datenlücken in der INV-Kalkulation schließen zu können, ist eine zusätzliche Fokussierung auf die bestehenden Datenlücken in einer weiteren Betrachtungsebene erforderlich.

Zur Operationalisierung wird für das Ziehungskonzept für die INV-Kalkulation im Entgeltbereich „DRG“ und „PSY“ eine Mindestanzahl von Datensätzen je Modul angesetzt. Alle Module, die für den aktuellen INV-Katalog mit einer geringeren Anzahl von Datensätzen kalkuliert wurden, werden als *unterrepräsentiert* gewertet. Unter Berücksichtigung der Datenbasis werden die unterrepräsentierten Module mit dem größten Erklärungsbeitrag zur

Verbesserung der Repräsentativität der INV-Kalkulationsstichprobe priorisiert betrachtet. Dabei werden bspw. alle Module aus der Betrachtung ausgeschlossen, die ausschließlich der Vervollständigung der Kalkulationsmatrix dienen und für die keine zu liefernden Datensätze in nennenswertem Umfang erwartet werden können (z.B. Anlagenkonto 7001030 für eine Basisausstattung mit einer Abschreibungsdauer von 15 Jahren in den Kostenstellengruppen 1 [Normalstation] und 2 [Intensivstation]: alle Anlagen mit einer Abschreibungsdauer von 15 Jahren können in diesen Kostenstellengruppen regelhaft den spezifisch definierten Anlagenkonten zugeordnet werden). Auf Basis des Datenjahres 2015 ergeben sich in dieser Betrachtungsweise für die INV-Kalkulation im Entgeltbereich „DRG“ 102 unterrepräsentierte Module und für den Entgeltbereich „PSY“ 50 unterrepräsentierte Module.

In Analogie zum Entgeltbereich „DRG“ bzw. „PSY“ werden für die INV-Kalkulation die „Helfenden Module“ betrachtet. Die „Helfenden Module“ orientieren sich an dem möglichen Erklärungsbeitrag eines Krankenhauses zur Vervollständigung der Datenbasis. Eine Leistungserbringung mit Nutzung von Anlagegütern, die in einem unterrepräsentierten Modul definitorisch enthalten sind, soll für eine bessere Platzierung im Ranking sorgen, d.h. die Wahrscheinlichkeit des entsprechenden Krankenhauses erhöhen, Teil der Auswahlmenge (= in der Lostrommel zu sein) zu werden. Die „Helfenden Module“ folgen dem Grundsatz: Je mehr unterrepräsentierte Module durch ein ausgewähltes Krankenhaus mit hoher Wahrscheinlichkeit in die INV-Kalkulation eingebracht werden können, desto weiter oben im Ranking soll das entsprechende Krankenhaus stehen. Bspw. sind im Entgeltbereich „DRG“ Anlagegüter im Modul „Spezial-Medizintechnik Augenheilkunde“ (Anlagenkonto 7006080) in der Kostenstellengruppe 1 [Normalstation] fast ausschließlich mit den DRGs der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* verknüpft. Das Modul ist unterrepräsentiert. Krankenhäuser, die Leistungen in der MDC 02 erbringen, sollen eine Platzierung weiter oben im Ranking erhalten. Für die Module der im INV-Katalog bewerteten Zusatzentgelte werden analog zu den systemrelevanten Leistungen im Entgeltbereich „DRG“ zusätzlich eigenständige Fallgruppen gebildet.

Für die Sortierung der Krankenhäuser wird auf Basis der „Helfenden Module“ ein Unterstützungswert gebildet, der die folgenden Faktoren zusätzlich berücksichtigt:

- die Anzahl der Entgelte, in denen das Modul einen kalkulatorischen Beitrag leistet, sowie der Anteil der Behandlungsfälle in diesen Entgelten (*Entgeltrelevanz*)
- die aktuell berechnete Höhe des Kostensatzes im Rahmen der Berechnung der INV-Bewertungsrelationen (*Kalkulationsrelevanz*)

Mit diesen Faktoren wird die Bedeutung der unterrepräsentierten Module im Hinblick auf den Verbesserungsbeitrag bei der Berechnung der INV-Bewertungsrelationen berücksichtigt. Die „Helfenden Module“ leisten einen grundsätzlichen Beitrag zur Verbesserung der Datenbasis. Die Entgeltrelevanz bevorzugt ein Modul, welches in zahlreichen Entgelten einen

kalkulatorischen Beitrag leisten kann, vor einem Modul, das nur in wenigen Entgelten einen kalkulatorischen Beitrag leisten kann. Die Kalkulationsrelevanz bevorzugt ein Modul mit aktuell höherem relativen Kostensatz vor einem Modul mit aktuell niedrigerem relativen Kostensatz. Der Unterstützungswert tariert diese unterschiedlichen Faktoren aus.

4.2 Auswahlprozess zur Erweiterung der Kalkulationsstichprobe

Krankenhäuser können einen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation leisten, indem sie zu einer der unterrepräsentierten Trägergruppen zählen oder mit hoher Wahrscheinlichkeit Investitionen in in unterrepräsentierten Modulen abgebildeten Anlagegütern getätigt haben. In diesem Abschnitt wird beschrieben, wie mit den unterschiedlichen Verbesserungsbeiträgen umgegangen wird.

Über ein geeignetes Ranking werden die unterschiedlichen Verbesserungsbeiträge der Krankenhäuser bzgl. der priorisierten unterrepräsentierten Module abgebildet. In einem iterativen, zufallsbedingten, dynamischen Auswahlprozess wird in jedem Ziehungsschritt genau ein Krankenhaus aus dem oberen Bereich des Rankings ausgelost, um die Kalkulationsstichprobe zu ergänzen. Jedes neu hinzukommende Krankenhaus verändert die Kalkulationsstichprobe hinsichtlich der Merkmale „Trägerschaft“ und „Anlagennutzung“. Diese Veränderungen werden im Auswahlprozess dadurch berücksichtigt, dass das Ranking der Krankenhäuser unter Berücksichtigung der Erweiterung der Kalkulationsstichprobe am Beginn eines jeden Ziehungsschritts aktualisiert wird und nur eine vorgegebene Anzahl an Krankenhäusern der unterrepräsentierten Trägergruppen neu aufgenommen wird.

Jeder Ziehungsschritt besteht aus den Teilschritten „Aufstellung bzw. Aktualisierung des Rankings“ und „Losverfahren zur Auswahl eines Krankenhauses“. Diese werden im Folgenden näher erläutert:

4.2.1 Aufstellung bzw. Aktualisierung des Rankings

1. Zu Beginn wird geprüft, welche der ursprünglichen priorisierten unterrepräsentierten Module in der – ab dem zweiten Ziehungsschritt erweiterten – Kalkulationsstichprobe (noch) unterrepräsentiert sind. Im Unterschied zu den Entgeltbereichen „DRG“ und „PSY“ kann die Dynamik des Ziehungsprozesses nicht anhand der Fallzahl des gezogenen Krankenhauses berechnet werden; vielmehr muss die Dynamik auf die Anzahl der unterrepräsentierten Module basieren, die mit einer (unbekannten) Wahrscheinlichkeit vom gezogenen Krankenhaus in die INV-Kalkulation eingebracht werden. Zur Operationalisierung wird aus Gründen der Ausgewogenheit unterstellt, dass ein gezogenes Krankenhaus für alle priorisierten unterrepräsentierten Module seiner Leistungserbringung jeweils 0,5 Modulwerte der „Helfenden Module“ in die Kalkulation einbringen kann.

2. Für jedes Krankenhaus, das nicht oder nicht erfolgreich an der INV-Kalkulation teilgenommen hat und zu einer der unterrepräsentierten Trägergruppen gehört, wird mit Hilfe des Unterstützungswertes die aktuelle Anzahl der „Helfenden Module“ sowie der Investitions-Casemixindex INV-CMI berechnet. Dabei wird der INV-CMI als durchschnittliche Summe der INV-Bewertungsrelationen im Entgeltbereich „DRG“ je Fall und im Entgeltbereich „PSY“ je Pflage tag berechnet.
3. Für die Anzahl der „Helfenden Module“ und den INV-CMI werden jeweils absteigend sortierte Ranglisten über alle Krankenhäuser gebildet.
4. Für jedes Krankenhaus wird der Rangmittelwert der zwei in Schritt 3 ermittelten Ränge gebildet.
5. Der Gesamtrang eines Krankenhauses im Ranking ergibt sich final wie folgt: Alle Krankenhäuser werden entsprechend ihrer Rangmittelwerte so sortiert, dass die Krankenhäuser mit dem höchsten Verbesserungspotential im Ranking oben stehen. Bei gleichen Rangmittelwerten wird in absteigender Reihenfolge der INV-CMI berücksichtigt, um eine eindeutige Reihenfolge der Krankenhäuser zu erhalten.

Die Berechnung des Gesamtrangs führt dazu, dass sich diejenigen Krankenhäuser im Ranking weiter oben befinden, die mit der größten Wahrscheinlichkeit bei den priorisierten unterrepräsentierten Modulen einen Verbesserungsbeitrag leisten können. Die Verwendung des Unterstützungswertes in Verbindung mit dem INV-CMI gleicht die Tendenz zur Betonung der anhand der Fallzahl gemessenen Größe eines Krankenhauses mit der Tendenz zur Betonung des Spezialisierungsgrades aus.

4.2.2 Losverfahren zur Auswahl eines Krankenhauses

Die Auswahl der Krankenhäuser für die INV-Kalkulation besteht grundsätzlich aus zwei Losverfahren. Im ersten Losverfahren werden 20 Häuser aus den psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachkrankenhäusern für die INV-Kalkulation im Entgeltbereich „PSY“ gezogen. Im zweiten Losverfahren werden anschließend 20 Häuser aus den allgemeinen Krankenhäusern (ggf. mit psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachabteilungen) für die INV-Kalkulation im Entgeltbereich „DRG“ gezogen. Jedes dieser beiden Losverfahren besteht aus den nachfolgend beschriebenen Schritten.

Das vor jedem der jeweils 20 Ziehungsschritte aktualisierte Ranking berücksichtigt adäquat, welche Krankenhäuser wie stark zur Verbesserung der Repräsentativität der INV-Kalkulation beitragen können. Krankenhäuser mit höherem Verbesserungspotential finden sich weiter oben im Ranking.

Aus Abschnitt 4.1 ist zudem bekannt, in welchem Verhältnis bzw. wie viele Krankenhäuser der einzelnen Trägergruppen in die Kalkulationsstichprobe ergänzt werden müssen. Vor dem Losverfahren wird geprüft, aus welchen Trägergruppen noch Krankenhäuser zu ergänzen sind.

Zur Vermeidung einer bewussten Auswahl eines Krankenhauses wird jeweils innerhalb der 30 im Ranking am weitesten oben stehenden Krankenhäuser (Auswahlmenge), die zu einer noch unterrepräsentierten Trägergruppe gehören, ein Krankenhaus ausgelost, um die Kalkulationsstichprobe zu ergänzen. Jedes der 30 Krankenhäuser in der Lostrommel des Ziehungsschritts kann dabei mit gleicher Wahrscheinlichkeit (hier: $1 / 30 = 3,33\%$) gezogen werden.

Der Auswahlprozess endet, wenn die vorher abgestimmte Anzahl an Krankenhäusern erreicht wird, die zur Teilnahme an der INV-Kalkulation verpflichtet werden sollen.

Der iterative Auswahlprozess mit Aktualisierung des Rankings vor jeder Ziehung bewirkt, dass im Erwartungswert mit relativ wenigen zusätzlich in die Kalkulationsstichprobe gelangenden Häusern, die größtmögliche Wahrscheinlichkeit zur Verbesserung hinsichtlich der unterrepräsentierten Module in der INV-Kalkulationsstichprobe erzielt werden kann. Aufgrund der unterschiedlichen Leistungsprofile und der damit verbundenen Anlagennutzung der einzelnen Krankenhäuser, der Aktualisierung des Rankings und der Beschränkung der Größe des Lostopfes auf 30 ergeben sich für die einzelnen Krankenhäuser unterschiedliche Wahrscheinlichkeiten, für die Kalkulation ausgewählt zu werden.

Stammdaten

IK-Nr.:

Name des KH:

Ort des KH:

Bitte tragen Sie hier Ihr
Institutionskennzeichen (IK) sowie
Namen und Ort des Krankenhauses
ein.

Ansprechpartner

Tel.-Nummer

Funktion

Bitte tragen Sie den Namen des
Ansprechpartners Ihres Hauses für die
übermittelten Angaben in dieser Datei
ein.

Erklärung zur Strukturinformation

Krankenhaus-IK: 0
 Name des KH: 0
 Ort des KH: 0

bitte eintragen

Kostenvolumen in € (nur Entgeltbereich Psychiatrie)

Leistungsdaten

vollstationär
 teilstationär
 Begleitpersonen
 rein vorstationäre Fälle

Fallzahl	Pflegetage

Anzahl Vollkräfte

	Kostenarten-gruppe	gesamtes Krankenhaus	nur Entgeltbereich Psychiatrie
Ärztlicher Dienst	1		
Pflege-/Erziehungsdienst	2		
med.-techn. Dienst/ Funktionsdienst	3		
wenn möglich, dann bitte differenziert angeben:			
Psychologen	3a		
Sozialarbeiter/ Sozial-/ Heilpädagogen	3b		
Spezialtherapeuten	3c		

Zuordnung von zu den Kostenartengruppen 2, 3 bis 3c (vgl. Kalkulationshandbuch Anlage 12, S. 201

Kostenartengruppe 2:	Kostenartengruppe 3a: Psychologen	Kostenartengruppe 3b: Sozialarbeiter/Sozial-/ Heilpädagogen	Kostenartengruppe 3c: Spezialtherapeuten	Kostenartengruppe 3: med.-techn. Dienst/Funktionsdienst*
Pflege- und Pflegehilfspersonal ("Dienst am Krankenbett")	Psychologen	Sozialarbeiter	Krankengymnasten	Tierpfleger / Sektionsgehilfen
Psychagogen	Nichtärztl. Psychotherapeuten	Sozialpädagogen	Logopäden	Krankenhausingenieure
Erzieher		Heilpädagogen	Masseure	Krankentransportdienst
Heilerziehungspfleger			Medizinische Bademeister	Kindergärtnerinnen
			Beschäftigungs-/Arbeitstherap.	Gesundheitsingenieure
			Physiotherapeuten	Diätassistenten
			Suchttherapeuten	Physikalisch-technische Assistent
			Musik-/Kunsttherapeuten	MTD
				medizinische Dokumentation
				etc. vgl. S. 201 Kalkulationshandbuch

Entlassender Standort

Bitte geben Sie die Anzahl der Standorte an:

bitte markieren (X)
 Ja Nein

Liegt ein nach Standorten differenzierter Versorgungsauftrag vor?

Falls Sie "nein" angegeben haben:

Wären Sie in der Lage, eine Differenzierung im Datenfeld "entlassender Standort" des im Rahmen der zukünftigen Kalkulation zu übermittelnden §21-Datensatzes vorzunehmen? Bitte geben Sie in diesem Fall an, für welchen Standort eine Nummernvergabe möglich wäre. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Differenzierung der Standorte lediglich für die Plausibilisierung der Kalkulationsdaten verwendet wird. Eine Weitergabe dieser Angaben im Zuge der Datenlieferung nach § 21 Abs. 3 KHEntG wird nicht erfolgen.

Entlassender Standort (Aussagekräftiger Name)	Nummer (in § 21-Daten)

Erklärung zur Strukturinformation

Krankenhaus-IK: 0
Name des KH: 0
Ort des KH: 0

Berücksichtigte Abgrenzungstatbestände

bitte markieren (X)

Erläuterung im

Leistungen der Somatik gem. § 17b Abs. 1 KHG
Leistungen der Forensik gem. §§ 63, 64 StGB
Rückstellungen (ohne Rückstellungen für Urlaub und Mehrarbeit)
Periodenfremde u. außerordentliche Aufwendungen
Investitionskosten

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

(siehe Kap. 4.4.3.3)
(siehe Kap. 4.4.3.3)
(siehe Kap. 4.4.1.3)
(siehe Kap. 4.4.1.2)
(siehe Kap. 4.4.1.4)

Leistungen an Dritte
Speisenversorgung
Forschung und Lehre
Ausbildung in akademischen Lehrkrankenhäusern
Vermietung und Verpachtung
Personalgestellung an Dritte
Ergänzende Leistungsbereiche
Leistungen der Nebenbetriebe
Ambulante Leistungen
Rehabilitationseinrichtungen gem. § 111 SGB V
Aufwendungen für Ausbildungsstätten u. Ausbildungsmehvergütungen
Sonstige (Integrierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme, etc.)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

(siehe Kap. 4.4.3.8)
(siehe Kap. 4.4.3.10)
(siehe Kap. 4.4.3.4)
(siehe Kap. 4.4.3.7)
(siehe Kap. 4.4.3.12)
(siehe Kap. 4.4.3.9)
(siehe Kap. 4.4.3.6)
(siehe Kap. 4.4.3.11)
(siehe Kap. 4.4.3.1)
(siehe Kap. 4.4.3.1)
(siehe Kap. 4.4.4)
(siehe Tab. 2, Kap. 3.1)

Bitte markieren Sie in der Aufzählung die Tatbestände, die für ihr Krankenhaus relevant sind.

Einzelkosten Arzneimittel

Wird eine Einzelkostenzuordnung für teure Arzneimittel vorgenommen?

Ja Nein

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

bitte markieren (x)

Ergänzende Angaben zur Leistungsdokumentation

Krankenhaus-IK: 0
 Name des KH: 0
 Ort des KH: 0

Bitte geben Sie in folgender Tabelle an, auf Basis welcher Leistungsschlüssel, die **therapeutischen Leistungen** erfasst werden, soweit die Daten in Ihrer Einrichtung nach Kostenstellen vorliegen:

Tragen Sie bitte die Leistungseinheiten je Berufsgruppe und Kostenstelle ein bzw. kreuzen Sie mindestens an, welche Berufsgruppen jeweils an der Leistungserbringung beteiligt sind.

Hinweis: Sie können bei Bedarf die Tabellenlänge der jeweiligen Kostenstellengruppe durch Anfügen weiterer Zeilen entsprechend erweitern.

Kostenstellen-Nr.	Name	Kostenstellen-gruppe	externe Leistungserbringung		Verwendeter Leistungsschlüssel (z.B. Minuten, Punkte gem. DKG-NT etc.)	Ärztlicher Dienst	Pflege-/ Erziehungsdienst	Psychologen	Sozialarbeiter/ Sozial-/ Heilpädagogen	Spezialtherapeuten	med.-techn. Dienst/Funktionsdienst
			vollständig (x)	teilweise (x)		Kostenarten-gruppe 1	Kostenarten-gruppe 2	Kostenarten-gruppe 3a	Kostenarten-gruppe 3b	Kostenarten-gruppe 3c	Kostenarten-gruppe 3

Zuordnung von Leistungsinhalten zu den therapeutischen Kostenstellengruppen - siehe unten am Ende des Bereichs "Leistungsdokumentation"

Ergänzende Angaben zur Leistungsdokumentation

Krankenhaus-IK: 0
 Name des KH: 0
 Ort des KH: 0

Kostenstellengruppe 9 (Radiologie)

Lassen Sie Leistungen, die der Kostenstellengruppe 9 (Radiologie) zuzuordnen sind, **extern** erbringen?

	bitte markieren (X)
nein	<input type="checkbox"/>
ja, vollständig	<input type="checkbox"/>
ja, teilweise	<input type="checkbox"/>
Kostenvolumen (€)	<input type="text"/>

Bei **teilweiser externer** Leistungserbringung:

Welche Leistungsbereich(e) sind betroffen?

Auf welcher Basis nehmen Sie im Bereich Radiologie die Leistungsdokumentation vor?

	bitte markieren (X)
Hauskatalog*	<input type="checkbox"/>
DKG-NT	<input type="checkbox"/>
EBM	<input type="checkbox"/>
GOÄ	<input type="checkbox"/>
sonstige*	<input type="checkbox"/>

*Beschreibung

Bitte geben Sie an (X), auf welcher Basis Sie Ihre Leistungen im Bereich Radiologie erfassen. Mehrere Angaben möglich.
 *Bei "Hauskatalog" und "sonstige" bitte eine kurze Beschreibung angeben.

Kostenstellengruppe 10 (Labor)

Lassen Sie Leistungen, die der Kostenstellengruppe 10 (Labor) zuzuordnen sind, **extern** erbringen?

	bitte markieren (X)
nein	<input type="checkbox"/>
ja, vollständig	<input type="checkbox"/>
ja, teilweise	<input type="checkbox"/>
Kostenvolumen (€)	<input type="text"/>

Bei **teilweiser externer** Leistungserbringung:

Welche Leistungsbereich(e) sind betroffen?

Auf welcher Basis nehmen Sie im Bereich Radiologie die Leistungsdokumentation vor?

	bitte markieren (X)
Hauskatalog*	<input type="checkbox"/>
DKG-NT	<input type="checkbox"/>
EBM	<input type="checkbox"/>
GOÄ	<input type="checkbox"/>
sonstige*	<input type="checkbox"/>

*Beschreibung

Bitte geben Sie an (X), auf welcher Basis Sie Ihre Leistungen im Bereich Labor erfassen. Mehrere Angaben möglich.
 *Bei "Hauskatalog" und "sonstige" bitte eine kurze Beschreibung angeben.

Ergänzende Angaben zur Leistungsdokumentation

Krankenhaus-IK: 0
 Name des KH: 0
 Ort des KH: 0

Bitte geben Sie an, wenn Sie Leistungen in größerem Umfang extern erbringen lassen. Geben Sie bitte an, ob Sie die Leistungen der Kostenstelle vollständig oder teilweise durch Externe erbringen lassen. Bitte schätzen Sie das dazugehörige Kostenvolumen ab. Besonderheiten führen Sie bitte in der Spalte "Anmerkungen" auf. Weitere Kostenstellen können Sie der Tabelle bei Bedarf unten anfügen.

Externe Leistungserbringung / Fremdvergabe

Bitte geben Sie im Folgenden an, ob Sie für die angegebenen Kostenstellen Leistungen durch Dritte erbringen lassen.
 Wenn Sie nur wenige, einzelne Leistungen mit geringem Kostenvolumen durch Dritte erbringen lassen, sind keine Angaben erforderlich.

Bereiche	Umfang		Kostenvolumen (€) (ca.)	Anmerkungen (bitte erläutern)
	Vollständig (x)	Teilbereiche (x)		

Ergänzende Angaben zur Leistungsdokumentation

Krankenhaus-IK: 0
 Name des KH: 0
 Ort des KH: 0

Zuordnung von Leistungsinhalten zu den therapeutischen Kostenstellengruppen (vgl. Kalkulationshandbuch S. 145ff bzw. Anlage 6)

23 Psychotherapie (Beispiele für Leistungsinhalte)	
23	Gesprächstherapie (Einzel- und Gruppentherapie)
23	Psychotherapie
23	Psychoedukation
23	Psychologische Tests
23	Eltern-, Familiengespräche und Therapie
23	Begleitung von Deeskalationen
23	Bezugstherapeutengespräche
23	soziales Kompetenztraining
23	sensorisch fokussierte Therapie
23	Entspannungsverfahren
23	Esstraining und sonstige alltagsbezogene Trainings
23	Einzelbetreuung oder intensive Beaufsichtigung in Kleinstgruppe
23	...
24 Physikalische Therapie (Beispiele für Leistungsinhalte)	
24	Physiotherapie
24	Krankengymnastik
24	Massage
24	Bäderabteilung
24	Bewegungsbad
24	Hippotherapie
24	Mototherapie
24	...
25 Ergotherapie (Beispiele für Leistungsinhalte)	
25	Beschäftigungstherapie
25	Trainingsküche/Lehrküche
25	Musiktherapie
25	Kunsttherapie
25	Bewegungs-/Sporttherapie
25	Arbeitstherapie
25	Therapiegarten
25	Gärtnerei (therapeutisch)
25	Landwirtschaft/Tierhaltung (therapeutisch)
25	Werkstatt (therapeutisch)
25	psychosomatisches Kompetenztraining (z.B. Ernährungsberatung)
25	...
26 Andere Therapie (Beispiele für Leistungsinhalte)	
26	Sprachtherapie
26	Lichttherapie
26	Deep Brain Stimulation
26	Vagusnervstimulation
26	Magnet-/Elektrokrampftherapie
26	Akupunktur
26	...

Ergänzende Angaben zum stationären Bereich

Krankenhaus-IK: 0
 Name des KH: 0
 Ort des KH: 0

Leistungsdokumentation im stationären Bereich

Liegt eine Leistungsdokumentation gemäß dem *gemeinsamen Gewichtungmodell** vor?

... in allen PSY-Fachabteilungen und Stationen:

Ja	Nein
----	------

 bitte markieren (x)

Kommentar

*Gemeinsames Gewichtungmodell zur Gewichtung der Pflegetage nach der Betreuungsintensität der AG Psychiatrie und Psychoosomatische Medizin und der InEK GmbH zum PEPP-Entgeltsystem vom 12.10.2016 (http://www.g-drg.de/content/download/3979/32389/version/1/file/Anlage+13+PSY_28112012.pdf)

Werden Alternativverfahren zur Leistungsdokumentation im stationären Bereich verwendet?

Ja	Nein
----	------

 bitte markieren (x)

Wenn ja, welche und in welchen Fachabteilungen?

Fachabteilung (Name/Schlüssel nach § 301 SGBV)	Alternativverfahren

Bitte füllen Sie die nachfolgende Tabelle für alle Stationen aus, bei Bedarf kann die Tabelle durch das Anfügen zusätzlicher Zeilen verlängert werden. Wenn die Berufsgruppen der Kostenartengruppen 3a, 3b und 3c nicht getrennt erfasst sind, dann bitte bei Kostenartengruppe 3 angeben.

Station (aussagekräftiger Name, Behandlungsschwerpunkt)	Eindeutige Zuordnung nach Psych-PV* (A; S; G; KJP; P)	Anzahl Betten	Summe Pflegetage		Anzahl VK, die der Kostenstelle "Station" zugeordnet wurden												
			Regel- behandlung gem. OPS	Intensiv- behandlung gem. OPS	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst/ Erziehungs- dienst	Psychologen	Sozialarbeiter/ Sozial-/ Heilpädagogen	Spezial- therapeuten	med.-techn. Dienst/Funk- tionsdienst							
					Kostenarten- gruppe 1	Kostenarten- gruppe 2	Kostenarten- gruppe 3a	Kostenarten- gruppe 3b	Kostenarten- gruppe 3c	Kostenarten- gruppe 3							

* Bitte tragen Sie folgende Zuordnung der Station zu einem Behandlungsbereich gem. Psych-PV nur ein, wenn **mehr als 95% der Pflegetage** auf dieser Station eindeutig diesem Behandlungsbereich zugeordnet werden. Sollten auf einer Station **weniger als 95% der Pflegetage** eindeutig einem Behandlungsbereich zugeordnet werden können, dann tragen Sie in dieses Feld bitte nichts ein.

- Folgende Zuordnungen sind möglich:**
A: Allgemeinpsychiatrie
S: Sucht
G: Gerontopsychiatrie
KJP: Kinder- und Jugendpsychiatrie
P: Psychosomatik

** Angabe von Minuten für Krankenhäuser, in denen die Methode LEP angewendet wird

Ergänzende Angaben zu den übrigen diagnostischen und therapeutischen Bereichen

Krankenhaus-IK: 0
Name des KH: 0
Ort des KH: 0

Bitte geben Sie an, welche (direkten) Kostenstellen den Kostenstellengruppe 11,12 und 13 zugeordnet sind und welches Kostenvolumen den einzelnen Kostenstellen zugeordnet wurde. Bitte geben Sie die Anzahl der zugeordneten Vollkräfte des Ärztlichen Dienstes an. Bitte füllen Sie die Tabellen ohne Leerzeilen und achten Sie insbesondere auf einen aussagekräftigen Namen für die einzelnen Kostenstellen. Haben Sie Sammelkostenstellen in diesem Leistungsbereich eingerichtet, denen Sie das Personal zugeordnet haben, geben Sie diese bitte an. Bitte geben Sie für Ihre psychiatrischen Institutsambulanzen das gesamte Kostenvolumen sowie die Personalkosten der Kostenartengruppe 1 (Ärztlicher Dienst), Kostenartengruppe 2 (Pflege- / Erziehungsdienst) und Kostenartengruppe 3 (med.-techn. Dienst / Funktionsdienst; inkl. Kostenartengruppen 3a - 3c) an. Bitte füllen Sie die Tabellen ohne Leerzeilen und achten Sie insbesondere auf einen aussagekräftigen Namen für die einzelnen Kostenstellen. Die Tabellen können durch anfügen weiterer Zeilen nach Bedarf verlängert werden. Bitte füllen Sie die Tabellen ohne Leerzeilen aus.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA):

Table with 4 columns: Name der Kostenstelle (Aussagekräftiger Name), Summe Kostenvolumen (€), and sub-columns for Gesamtkosten (€) including Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, and Sonstiges Personal.

Achtung: Das unten aufgeführte Feld füllt sich automatisch (Formel).

Summe der Kosten 0

Kostenstellen der Kostenstellengruppen 11 bis 13

Table with 3 columns: Name der Kostenstelle (Aussagekräftiger Name), Kostenvolumen (€), and Zuordnung Kostenstellengruppe gem. Kalkulationshandbuch*.

Achtung: Das unten aufgeführte Feld füllt sich automatisch (Formel).

Summe der Kosten 0

*Kostenstellengruppe Bezeichnung zugehöriger Kostenstellen gemäß Anlage 6 Kalkulationshandbuch (inkl. Hinweise)

List of departments and services categorized by cost center group (11, 12, 13), including functional diagnostics, therapy, and patient admission.

Ergänzende Angaben zur innerbetrieblichen Leistungsverrechnung

Krankenhaus-IK: 0
 Name des KH: 0
 Ort des KH: 0

Verfahren bei der IBLV bitte markieren (X)			
Stufenleiter- verfahren	Gleichungs- verfahren	Anbauverfahren*	sonstige Vorgehensweise

Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie in ihrem Krankenhaus bereits eine IBLV durchgeführt haben.
 Bitte markieren Sie, welches Verfahren Sie für die Kostenstellenverrechnung dabei verwenden. Sollten Sie weder das Gleichungs- oder Stufenleiterverfahren noch das Anbauverfahren verwendet haben, beschreiben Sie bitte unter "sonstige Vorgehensweise" die von Ihnen gewählte Methode stichwortartig.
 * Bitte beachten Sie, dass das Anbauverfahren lediglich bei einer erstmaligen Teilnahme als Verfahren zur Durchführung der IBLV gewählt werden darf.

Bitte teilen Sie uns durch ankreuzen mit, welche Schlüssel Sie dabei im Rahmen der IBLV verwenden.

Abkürzungen für ausgewählte Schlüssel	bitte markieren (X)
AG	Ausstattung Geräte
AnzAS	Anzahl Anschlüsse
AnzBst	Anzahl Bestellungen
AnzBt	Anzahl aufbereitete Betten
AnzDok	Anzahl bearb. Dokumente
AnzLE	Anzahl Lagereinheiten
AnzTr	Anzahl Transporte
ASt	Arbeitsstunden
FZ	Fallzahl
Pat	betreute Patienten
primAD	primäre Personalkosten AD
primGK	primäre Gemeinkosten
primPD	primäre Personalkosten PD
primPK	primäre Personalkosten
primSK	primäre Sachkosten
PT	Pflegetage
StE	Sterilguteinheiten
VK	Vollkräfte
VKAD	Vollkräfte AD
VKPD	Vollkräfte PD
VM	Verbrauchsmenge
AG	Ausstattung Geräte
AnzBst	Anzahl Bestellungen
AnzE	Anzahl Essen gew.
AnzLE	Anzahl Lagereinheiten
AnzTr	Anzahl Transporte
ASt	Arbeitsstunden
BKT	Beköstigungstage
FZ	Fallzahl
GF	Grundfläche (m ²)
KF	Klimatisierte Fläche (m ²)
NF	Nutzfläche (m ²)
primGK	primäre Gemeinkosten
primPK	primäre Personalkosten
primSK	primäre Sachkosten
PT	Pflegetage
RF	Reinigungsfläche
VK	Vollkräfte
VM	Verbrauchsmenge
W	kg Wäsche