

Vereinbarung
gemäß § 17b Absatz 3 Satz 6 KHG
zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln,

- gemeinsam -

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

Präambel

Im Zuge der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme¹ wird gemäß § 17b Absatz 3 Sätze 6 und 7 in Verbindung mit § 17d Absatz 1 Satz 7 letzter Halbsatz und § 10 Absatz 2 Satz 1 letzter Halbsatz KHG die Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe erhöht. Hierzu wird die bisher auf einer freiwilligen Teilnahme aufbauende Kalkulationsstichprobe durch eine Auswahl einzelner, bislang entweder aufgrund ihrer Trägerschaft oder ihrer Leistungsstruktur unterrepräsentierter Krankenhäuser ergänzt. Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien) schließen auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) dazu folgende Vereinbarung.

§ 1

Konzept des InEK

- (1) Auf Basis des vom InEK entwickelten Konzepts (Anlage 1) werden erstmalig im Jahr 2016 Krankenhäuser zur ergänzenden Teilnahme an der Kalkulation ausgewählt. Die freiwillige Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation bleibt hiervon unberührt.
- (2) Das Konzept wird im Rahmen der jährlichen Systementwicklung geprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt. Hierzu unterbreitet das InEK den Vertragsparteien Vorschläge. Diese vereinbaren den Umfang und den Zeitpunkt der Umsetzung für künftige Kalkulationen.

§ 2

Auswahlverfahren und Datenübermittlung

- (1) Die Auswahl der zu verpflichtenden Krankenhäuser erfolgt durch das InEK im Jahr 2016 bis spätestens zum 31.10.2016 und ist auf maximal 40 Teilnehmer begrenzt. In den folgenden Auswahlrunden erfolgt dies bis zum 31.08. des jeweiligen Auswahljahres. 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) Die ausgewählten Krankenhäuser werden durch das InEK schriftlich informiert. Dabei teilt das InEK dem Krankenhaus auch die Voraussetzungen einer erfolgreichen Teilnahme sowie die mit der Verpflichtung verbundenen Sanktionsregelungen mit. Sie sind für fünf Datenlieferjahre (Datenlieferjahr bezieht sich auf das Jahr der Lieferung der Daten des Krankenhauses an das InEK, welches die Daten des Vorjahres beinhalten) zu einer Teilnahme an der Kalkula-

¹ Diese Vereinbarung regelt in einem ersten Schritt den DRG-Bereich. Für den Bereich des PEPP-Systems und der Investitionsbewertungsrelationen verständigen sich die Vertragsparteien zu einem späteren Zeitpunkt.

tion verpflichtet. Zu den fünf Datenlieferungsjahren zählt auch das erste Datenlieferungsjahr, in welchem die in Absatz 4 benannten Informationen zu übermitteln sind. Eine erneute Auswahl des Krankenhauses gemäß Absatz 1 Satz 3 nach diesem Zeitraum ist möglich.

- (3) Für die ausgewählten Krankenhäuser gilt, soweit in dieser Vereinbarung nichts Abweichendes geregelt wird, die „Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation für die Pflege und Weiterentwicklung des Entgeltsystems im Krankenhaus“, die das InEK mit den freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern abschließt, entsprechend.
- (4) Für das auf das Auswahljahr folgende Datenlieferungsjahr (erstes Datenlieferungsjahr) hat ein Krankenhaus bis zum 30.04. die in der Anlage 2 aufgeführten Strukturinformationen sowie eine Kostenstellenauswertung je Kostenstelle (= Summen-/Saldenliste der je Kostenstelle gebuchten Konten nach krankenhausesindividueller Gliederung) für die Aufwandskonten der Kontenklassen 6 und 7 nach der Krankenhausbuchführungsverordnung zu erstellen und an das InEK in elektronischer Form vollständig und korrekt zu übermitteln. Dafür erhält es eine pauschale Vergütung in Höhe von 14.000 Euro (analog der Regelung zur pauschalen Vergütung gemäß der Vereinbarung nach § 17b Absatz 5 KHG). Die Details der Datenübermittlung stimmt das InEK mit dem ausgewählten Krankenhaus ab. Bei Nichteinhaltung der in Satz 1 festgelegten Frist erfolgt eine einmalige Erinnerung durch das InEK. Zusätzlich können die ausgewählten Krankenhäuser die vollständigen Kalkulationsdaten übermitteln (Probekalkulation). Die Datenqualität wird durch das InEK geprüft. Werden die Qualitätsanforderungen der Kalkulation erfüllt, erhalten Krankenhäuser die in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 5 KHG geregelte einmalige Bonusvergütung in Höhe von 5.000 Euro.

§ 3

Sicherstellung der Kalkulationsteilnahme

- (1) Krankenhäuser, die zur Teilnahme an der Kalkulation ausgewählt werden, haben bis zum 31.03. des zweiten Datenlieferungsjahres die Kalkulationsdaten vollständig an das InEK zu liefern. Bei Nichteinhaltung dieser Frist haben sie nach einmaliger schriftlicher Mahnung durch das InEK die Daten bis zum 30.04. des Datenlieferungsjahres zu liefern. Bei Nichteinhaltung hat das Krankenhaus Zahlungen (an das InEK) nach den folgenden Regelungen zu leisten:
 - a. Erfolgt im ersten Datenlieferungsjahr keine Lieferung der in § 2 Absatz 4 benannten Informationen, gilt ein pauschaler Abschlag in Höhe von 14.000 Euro.
 - b. Erfolgt im zweiten Datenlieferungsjahr kein ernsthafter Versuch einer Datenlieferung durch das Krankenhaus, gilt ein Abschlag in Höhe von 15 Euro je voll und teilstationären Krankenhausfall. 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.

- c. Im dritten Datenlieferjahr gilt als Maßstab für die Sanktion die Anzahl der durch das Krankenhaus gelieferten und durch das InEK verwertbaren voll- und teilstationären Krankenhausfälle. Es gilt ein Abschlag in Höhe von 30 Euro je nicht verwertbaren (bzw. fehlenden) voll- und teilstationären Krankenhausfall.
 - d. Im vierten Datenlieferjahr gilt als Maßstab für die Sanktion die Anzahl der durch das Krankenhaus gelieferten und durch das InEK verwertbaren voll- und teilstationären Krankenhausfälle. Es gilt ein Abschlag in Höhe von 60 Euro je nicht verwertbaren (bzw. fehlenden) voll- und teilstationären Krankenhausfall.
 - e. Im fünften Datenlieferjahr gilt als Maßstab für die Sanktion die Anzahl der durch das Krankenhaus gelieferten und durch das InEK verwertbaren voll- und teilstationären Krankenhausfälle. Es gilt ein Abschlag in Höhe von 90 Euro je nicht verwertbaren (bzw. fehlenden) voll- und teilstationären Krankenhausfall.
- (2) Die Fälle gelten als nicht verwertbar, wenn diese auf Basis der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen gemäß § 4 Absatz 4 der "Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation für die Pflege und Weiterentwicklung des Entgeltsystems im Krankenhaus" vom InEK abschließend nicht akzeptiert werden.
 - (3) Für die Buchstaben 1 c bis e wird entsprechend der allgemeinen Qualitätsanforderungen der Kalkulation eine sanktionsfreie Quote von 15 % nicht verwertbarer (bzw. fehlender) Datensätze eingeräumt.
 - (4) Das InEK informiert die Krankenhäuser über die von dem Abschlag betroffenen Fälle und räumt eine Korrekturfrist bzw. eine Frist zur Stellungnahme von zwei Wochen ein.
 - (5) Das InEK erstellt einen qualifizierten Bescheid, der die Grundlage für die Bestimmung der zu zahlenden Abschläge darstellt. Der Bescheid enthält eine Aufstellung der fehlerhaften Fälle. Sofern ein Krankenhaus den Bescheid des InEK nicht akzeptiert, entscheiden die Vertragsparteien über den Fall. Sofern sich die Vertragsparteien nicht einigen, entscheidet ein von den Vertragsparteien hinzuzuziehender unabhängiger Dritter.
 - (6) Basis für die Bestimmung der Fallzahlen sind die Daten nach § 21 KHEntgG des Jahres vor der Datenlieferung. Liegen diese Daten nicht vor, erfolgt eine sachgerechte Schätzung durch das InEK.

- (7) Ausgewählte Krankenhäuser haben Anspruch auf die Zahlung einer Kalkulationsvergütung, wenn die Voraussetzungen gemäß der Vereinbarung nach § 17b Absatz 5 KHG erfüllt werden.
- (8) Ein Krankenhaus, dem eine Übermittlung aus nicht vom Krankenhaus zu vertretenden Gründen unmöglich ist, kann für maximal ein Jahr aus Gründen höherer Gewalt, die die Herstellung und Übermittlung der erforderlichen Datengrundlagen nicht nur kurzfristig unmöglich machen, von der Verpflichtung befreit werden. Das Krankenhaus hat die Gründe gegenüber dem InEK nachzuweisen. Die in § 2 Absatz 2 festgelegte Kalkulationsdauer verlängert sich bei einer Befreiung um jeweils ein Jahr. Das InEK informiert über den Antrag und seine Stellungnahme dazu die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG und das beantragende Krankenhaus. In Streitfällen entscheidet der unabhängige Dritte gemäß § 3 Absatz 5.
- (9) Nimmt ein Krankenhaus, das zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichtet wurde, in zwei aufeinanderfolgenden Jahren nicht an der Kalkulation teil, ist es zur Beauftragung eines Dritten mit der Kalkulation verpflichtet. Die Beauftragung ist gegenüber dem InEK nachzuweisen. Die Regelungen nach den Absätzen 3 bis 6 bleiben hiervon unberührt.
- (10) Die im Rahmen der Sanktionsregelungen nach den Absätzen 1 bis 6 eingenommenen Mittel werden an die Kalkulationsteilnehmer ausgeschüttet. Krankenhäuser, die unter die Regelungen der Absätze 1 bis 6 fallen, sind von der Ausschüttung ausgenommen.
- (11) Das Nähere zur Umsetzung der Regelungen nach § 2 und § 3 Absätze 1 bis 10 wird durch das InEK in Abstimmung mit den Vertragsparteien festgelegt.

§ 4

Evaluation und Veröffentlichung

- (1) Das InEK berichtet jährlich den Vertragsparteien über den Umsetzungsstand der Regelung.
- (2) Das InEK veröffentlicht insbesondere die Teilnehmer und den Erfolg der zur Kalkulation verpflichteten Krankenhäuser im Internet.

§ 5

Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.10.2016 in Kraft.

§ 6
Kündigung

Diese Vereinbarung 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 Vereinbarung fort.

§ 7
Salvatorische Klausel

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

Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 3 Satz 6 KHG vom 02.09.2016

Berlin, Köln, 02.09.2016

GKV-Spitzenverband

Verband der Privaten Krankenversicherung

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Anlagen:

1. Konzept des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)
2. Aufstellung der „Strukturinformationen“

Konzept

Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe

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 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.

Die Vorgehensweise zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe gliedert sich in zwei Teile: Im ersten Teil wird bzgl. der Merkmale „Trägerschaft“ und „Leistungsbereiche“ analysiert, in welchen Bereichen die Kalkulationsstichprobe unterrepräsentiert ist. Der zweite Teil beschreibt den Auswahlprozess zur Erweiterung der Kalkulationsstichprobe zur Verbesserung der Repräsentativität bzgl. der Merkmale „Trägerschaft“ und „Leistungsbereiche“.

Teil I: Analyse der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe bzgl. der Merkmale „Trägerschaft“ und „Leistungsbereiche“

Analyse bzgl. des Merkmals „Trägerschaft“

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

Auf Grundlage der Daten des Datenjahres 2014 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 7 : 1 ergänzt werden sollten. Werden z.B. 40 Krankenhäuser neu in die Kalkulationsstichprobe aufgenommen, sollten also 35 Krankenhäuser mit privater Trägerschaft und 5 Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger Trägerschaft zur Verbesserung der Repräsentativität hinsichtlich des Merkmals „Trägerschaft“ ergänzt werden.

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.

Entgeltbereich „DRG“

Die Darstellung der Leistungsbereiche erfolgt auf Ebene der einzelnen DRGs. Die Daten der aktuellsten §-21-Datenlieferung werden dazu nach dem aktuellen G-DRG-Katalog gruppiert (d.h. im Sommer 2016 die Daten des Datenjahres 2015, gruppiert nach dem G-DRG-Katalog 2016). 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 Ermittlung 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 Kalkulationsstichprobe 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 2014 liegt bspw. bei knapp einem Viertel (24%) der DRGs in der Kalkulationsstichprobe eine Schiefelage vor. Sie stehen für gut 4 Mio. Fälle, die deutschlandweit für einen Fallanteil von rund einem Fünftel (22%) und einen Casemixanteil von rund einem Viertel (26%) stehen.

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. 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)

Entgeltbereich „PSY“

Wird zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt

Kalkulation INV-Bewertungsrelationen

Wird zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt

Teil II: Auswahlprozess zur Erweiterung der Kalkulationsstichprobe

Die Krankenhäuser können, wie in Teil I analysiert, auf verschiedene Weise einen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation leisten: Sie können zu einer der unterrepräsentierten Trägergruppen zählen oder Hauptleistungserbringer in einem oder mehreren

unterrepräsentierten Leistungsbereichen sein. In diesem Teil 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 Top-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:

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 in der Kalkulationsstichprobe enthalten ist und zu einer der in der ursprünglichen 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.
3. Jeweils für die mittlere Anzahl der Leistungsbereiche und den mittleren Fallanteil aus Schritt 2 wird eine absteigend sortierte Rangliste über alle Krankenhäuser gebildet.
4. Für jedes Krankenhaus wird der Rangmittelwert der beiden 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 entscheidet das Los über die Reihenfolge.

Die Ermittlung des Gesamtrangs mit Hilfe der beiden Listen 1 und 2 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. 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 Bildung der Rangmittelwerte aus beiden Ranglisten schafft eine ausgewogene Balance zwischen beiden Tendenzen.

Losverfahren zur Auswahl eines Krankenhauses

Das vor jedem Ziehungsschritt 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 Teil I 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.

Um eine bewusste Auswahl eines Krankenhauses zu vermeiden, wird innerhalb der Top 25 der Krankenhäuser aus dem Ranking, die zu einer noch unterrepräsentierten Trägergruppe gehören, ein Krankenhaus ausgelost, um die Kalkulationsstichprobe zu ergänzen. Jedes der 25 Krankenhäuser im Lostopf des Ziehungsschritts kann dabei mit gleicher Wahrscheinlichkeit gezogen werden.

Der Auswahlprozess endet, wenn die vorher konsentierete Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe oder die maximale Zahl an Krankenhäusern erreicht wird, für die eine adäquate Betreuung gewährleistet werden kann.

Der iterative Auswahlprozess mit Aktualisierung des Rankings vor jeder Ziehung bewirkt, dass mit relativ wenigen Häusern, die zusätzlich in die Kalkulationsstichprobe gelangen, 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.

Die Ziehung erfolgt unter Aufsicht eines neutralen Beobachters und die iterativen Schritte werden transparent in einer Dokumentation im Internet veröffentlicht. Die vollständige Nachvollziehbarkeit des Verfahrens ist damit gegeben.

Es handelt sich um eine wirtschaftliche Methode, da nur eine begrenzte Anzahl von Häusern benötigt wird, um eine deutliche Verbesserung bei der Repräsentativität der Leistungsabbildung zu erzielen. Simulationen mit bspw. 40 neu in die Kalkulationsstichprobe aufgenommenen Krankenhäusern zeigen, dass sich die Repräsentativität vieler unterrepräsentierter Leistungen in der Kalkulationsstichprobe deutlich verbessert. Im Mittel kann für ca. 71% bzw. 75% der priorisierten in der Gruppe der Top10%- bzw. Top25%-Krankenhäuser unterrepräsentierten Leistungsbereiche Repräsentativität erreicht werden, bzw. für rund ein Drittel (32%) bzw. die Hälfte (51%) aller unterrepräsentierten Leistungsbereiche im Hinblick auf die Top10%- bzw. Top25%-Krankenhäuser. Die Repräsentativität bzgl. der Trägerschaft wird mit dieser Methode ebenfalls deutlich verbessert (Verringerung der relativen Abweichung um 51% bzgl. des Krankenhausanteils bzw. im Mittel um ca. 39% bzgl. des Fallanteils).

Nach spätestens drei Jahren erfolgt eine erneute Überprüfung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe, um Konsolidierungseffekte und Veränderungen der Zusammensetzung der Grundgesamtheit hinsichtlich der Merkmale „Trägerschaft“ und „Leistungsbereiche“ sowie ggf. weiterer Merkmale und Merkmalskombinationen zu erfassen.

Hinweise:

Auf Grundlage dieses Konzeptes wird kein Kalkulationskrankenhaus aufgefordert, aus der Kalkulation auszusteigen. Zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe wird diese lediglich um weitere Krankenhäuser ergänzt. Die Auswahl dieser Krankenhäuser erfolgt nicht bewusst, jedoch unter Berücksichtigung der Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe 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 nach spätestens drei Jahren führt zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe. Im Rahmen der sukzessiven Weiterentwicklung können darüber hinaus zukünftig auch weitere Merkmale und Merkmalskombinationen in das Konzept integriert 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 Kalkulationsgrundlage

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

bitte eintragen

Summe Kosten (EUR) im Datenjahr

DRG-Erlösvolumen (EUR) im Datenjahr

mit Ausgleichen?
 Ja Nein

Fälle (Anzahl) im Datenjahr

- Fälle vollstationär
- Fälle teilstationär
- Berechnungstage teilstationär
- Begleitpersonen
- rein vorstationär

Besondere Einrichtungen (BE)

Besteht für das Krankenhaus (bzw. eine Fachabteilung) eine Vereinbarung einer/mehrerer Besonderer(r) Einrichtung(en) nach den Regelungen der VBE 2016?

Ja Nein

Art der BE	Fallzahl	Erlösvolumen

Entlassender Standort

Bitte geben Sie die Anzahl der Standorte an:

Liegt ein nach Standorten differenzierter Versorgungsauftrag vor?

Ja Nein

wenn nein: 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)

Bitte tragen Sie hier das Kostenvolumen der Kontenklassen 6 und 7 für das Datenjahr ein.
 Bitte tragen Sie hier das DRG-Erlösvolumen für das Datenjahr ein. Bitte markieren Sie zusätzlich (X), ob die DRG-Erlöse mit oder ohne Ausgleichen übermittelt wurden.

Bitte markieren Sie "Nein", wenn für das Krankenhaus keine Besondere Einrichtung vereinbart wurde. Wurde mindestens eine Besondere Einrichtung (BE) vereinbart, so markieren Sie bitte "Ja" und geben Sie bitte je BE an, welche Art der BE vereinbart wurde, die Anzahl der behandelten Fälle sowie das Erlösvolumen der behandelten Fälle in der BE. **Bei Bedarf kann die Tabelle durch das Anfügen zusätzlicher Zeilen verlängert werden.**
Bitte beachten Sie, dass nach § 21 KHEntG die Daten von Fällen der Besonderen Einrichtungen zu übermitteln sind.

Zu berücksichtigende Abgrenzungstatbestände

Leistungen der Psychiatrie gem. § 17d Abs. 1 KHG
 Kosten der Faktorpräparate für Bluterpatienten
 Rückstellungen (ohne Rückstellungen für Urlaub und Mehrarbeit)
 Periodenfremde u. außerordentliche Aufwendungen
 Investitionskosten

Leistungen an Dritte
 Speiseversorgung
 Forschung und Lehre
 Ausbildung in akademischen Lehrkrankenhäusern
 Vermietung und Verpachtung

Besetzung eines Notarzwagens
 Personalgestaltung an Dritte
 Ergänzende Leistungsbereiche
 Leistungen der Nebenbetriebe
 Ambulante Leistungen
 Rehabilitationseinrichtungen gem. § 111 SGB V
 Aufwendungen für Ausbildungsstätten u. Ausbildungsmehrvergütungen
 Postmortale Organspenden
 Sonstige (Integrierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme, etc.)

bitte
markieren
(X)

**Erläuterung im Handbuch
Version 3.0**

(siehe Kap. 4.4.3.3)
 (siehe Kap. 6.2.1.2)
 (siehe Kap. 4.4.1.3)
 (siehe Kap. 4.4.1.2)
 (siehe Kap. 4.4.1.4)
 (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. 4.4.3.5)
 (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 Kap. 7.1.1)
 (siehe Tab. 2, Kap. 3.1)

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

Zentren und Schwerpunkte gem. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG

Besteht eine gesondert vereinbarte Vergütung für Zentren und Schwerpunkte gem. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG?
 Wenn Sie "ja" angeben haben, füllen Sie bitte die nachfolgende Tabelle vollständig aus.

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

Zentrums- bzw. Schwerpunktbezeichnung (aussagekräftiger Name)	Anzahl Fälle	vereinbartes Entgelt (je Fall)	Entgeltschlüssel

Ergänzende Angaben zu Kalkulationsbereichen

Krankenhaus-IK:

Name des KH:

Ort des KH:

0

0

Kostenstellengruppe 4 (OP-Bereich)

Das Krankenhaus hat **keinen OP**:

Bitte markieren (X), wenn Sie keinen OP haben.

Das Krankenhaus hat **einen/mehrere Zentral-OPs**:

Wie viele Zentral-OPs hat das Krankenhaus?

Leistungsdokumentation

Personalbindungszeit im OP

Schnitt-Nahtzeit

mit fallindividuellem Gleichzeitigkeitsfaktor
mit standardisiertem Gleichzeitigkeitsfaktor je OP-Art
Alternative (bitte beschreiben)

Rüstzeit

wird nicht erfasst
als fallindividuell erfasster Wert je Mitarbeiter(in)
als abgestufter Standardwert je OP-Art
als Einheitswert
Alternative (bitte beschreiben)

bitte markieren (X)

ÄD	FD/MTD

Beschreibung:

Beschreibung:

Bitte markieren (X), wenn das Krankenhaus einen bzw. bei mehreren Standorten mehrere Zentral-OPs hat. Bitte geben Sie weiter die Anzahl der Zentral-OPs an.

Bitte geben Sie an, wenn in Ihrem Krankenhaus die Personalbindungszeit im OP vorliegt.

Bitte geben Sie an, ob und in welcher Form neben der Schnittnahtzeit Angaben zu Gleichzeitigkeitsfaktoren für die jeweilige Dienstleistung vorliegen.

Bitte geben Sie an, ob und in welcher Form Sie die Rüstzeiten der einzelnen Dienstleistungen erfassen.

Kostenstellengruppe 5 (Anästhesie)

Leistungsdokumentation

Personalbindungszeit in der Anästhesie

Anästhesiezeit

mit fallindividuellem Gleichzeitigkeitsfaktor
mit standardisiertem Gleichzeitigkeitsfaktor je OP-Art
Alternative (bitte beschreiben)

Rüstzeit

wird nicht erfasst
als fallindividuell erfasster Wert je Mitarbeiter(in)
als abgestufter Standardwert je OP-Art
als Einheitswert
Alternative (bitte beschreiben)

bitte markieren (X)

ÄD	FD/MTD

Beschreibung:

Beschreibung:

Bitte geben Sie an, wenn in Ihrem Krankenhaus für die Anästhesie die Personalbindungszeit vorliegt.

Bitte geben Sie an, ob und in welcher Form neben der Anästhesiezeit die Gleichzeitigkeitsfaktoren für die jeweilige Dienstleistung vorliegen.

Bitte geben Sie an, ob und in welcher Form Sie die Rüstzeiten der einzelnen Dienstleistungen erfassen.

Ergänzende Angaben zu Kalkulationsbereichen

Krankenhaus-IK: 0
 Name des KH: 0
 Ort des KH: 0
Kostenstellengruppe 6 (Kreißaal)

Das Krankenhaus hat **keinen Kreißaal**:

Bitte markieren (X), wenn Sie keinen Kreißaal haben.

Leistungsdokumentation

Wird die "Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißaal" erfasst?

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

Bitte markieren (X), wenn Sie keine Leistungen im Bereich der Gynäkologie und der Geburtshilfe erbringen.

Das Krankenhaus erbringt **keine** Leistungen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe:

Bitte markieren (X), wenn Sie keine Leistungen im Bereich der Gynäkologie und der Geburtshilfe erbringen.

Kostenstellen im Bereich Geburtshilfe/ Gynäkologie

Bitte geben Sie an, welche Kostenstellen Sie für den Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie eingerichtet haben. Falls Sie über die genannten Kostenstellen hinaus Kostenstellen eingerichtet haben, erweitern Sie bitte die Tabelle mit einem aussagekräftigen Namen. Bitte geben Sie des Weiteren die Anzahl der Vollkräfte an, die der jeweiligen Kostenstelle zugeordnet sind. Wenn Sie in diesem Leistungsbereich Sammelkostenstellen eingerichtet haben, denen das Personal zugeordnet wurde, geben Sie diese bitte an.

Kostenstelle (aussagekräftiger Name)	Anzahl VK, die der Kostenstellengruppe zugeordnet wurde			davon: Beleg- Hebammen
	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktions- dienst (ausgenommen Hebammen)	
Normalstation Gynäkologie				
Normalstation Geburtshilfe				
Kreißaal				
Kreißaal-OP				
OP Gynäkologie				
Neugeborenenzimmer				
Ambulanz (Gynäkologie/Geburtshilfe)				

Kostenstellengruppe 7 (Kardiologie)

Bitte markieren (X), wenn in Ihrem Krankenhaus **keine** kardiologischen Leistungen erbracht werden:

Bitte geben Sie an (X), auf welcher Basis Sie Ihre Leistungen in der Kardiologie erfassen. Mehrere Angaben möglich.

Das Krankenhaus hat (mindestens) einen kardiologischen Eingriffsraum?
 Wie viele DRG-relevante Fälle werden dort behandelt?
 Auf welcher Basis nehmen Sie in der Kardiologie die Leistungsdokumentation vor?

bitte markieren (x) Anzahl Fälle	DKG-NT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Bei "Hauskatalog" und "sonstige" bitte eine kurze Beschreibung angeben.

Hauskatalog*	GOÄ	sonstige*	EBM	GOÄ	sonstige*	Beschreibung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kostenstellengruppe 8 (Endoskopie)

Bitte markieren (X), wenn in Ihrem Krankenhaus **keine** endoskopischen Leistungen erbracht werden:

Bitte geben Sie an (X), auf welcher Basis Sie Ihre Leistungen in der Endoskopie erfassen. Mehrere Angaben möglich.

Das Krankenhaus hat (mindestens) einen endoskopischen Eingriffsraum?
 Wie viele DRG-relevante Fälle werden dort behandelt?
 Auf welcher Basis nehmen Sie in der Kardiologie die Leistungsdokumentation vor?

bitte markieren (x) Anzahl Fälle	DKG-NT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Bei "Hauskatalog" und "sonstige" bitte eine kurze Beschreibung angeben.

Hauskatalog*	GOÄ	sonstige*	EBM	GOÄ	sonstige*	Beschreibung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzende Angaben zu Kalkulationsbereichen

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
ja, vollständig
ja, teilweise

Bei teilweiser externer Leistungserbringung, geben Sie bitte die Teilbereiche (z.B. Strahlentherapie, CT, MRT) und das ungefähre Kostenvolumen (insgesamt) in Euro an.

Leistungsbereich(e)

Kostenvolumen in Euro (ca.)

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

Auf welcher Basis nehmen Sie in der Kardiologie die Leistungsdokumentation vor?

Hauskatalog*	DKG-NT	EBM	GOÄ	sonstige*	Beschreibung

Kostenstellengruppe 10 (Labor)

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

bitte markieren (X)

nein
ja, vollständig
ja, teilweise

Bei teilweiser externer Leistungserbringung, geben Sie bitte die Teilbereiche und das ungefähre Kostenvolumen (insgesamt) in Euro an.

Leistungsbereich(e)

Kostenvolumen in Euro

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

Auf welcher Basis nehmen Sie in der Kardiologie die Leistungsdokumentation vor?

Hauskatalog*	DKG-NT	EBM	GOÄ	sonstige*	Beschreibung

Externe Leistungserbringung / Fremdvergabe

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

Bereiche	Umfang		Anmerkungen
	Vollständig	Teilbereiche	
Dialyse			
OP			
Kardiologie			
Endoskopie			
Apotheke			
Kinderarzt im Neugeborenenzimmer			
Sterilisation			
Physiotherapie			
Externe Konsile			
sonstige			

Ergänzende Angaben zum Ärztlichen Dienst

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

Ärzte in freier Mitarbeit

Bitte markieren (X), wenn in Ihrem Krankenhaus **keine** Ärzte in freier Mitarbeit beschäftigt werden.

bitte markieren (X)

Bitte geben Sie an, in welchen **Abteilungen** und **Funktionsbereichen** Ärzte in freier Mitarbeit tätig sind, wie hoch der **Umfang des Kostenvolumens** in EUR (ca.) und der **Tätigkeit dieser Ärzte in Vollkräften (VK)** ist. Bei Bedarf können die Tabellen durch das Anfügen zusätzlicher Zeilen verlängert werden.

Bereich	Anzahl VK	Kosten-volumen (in €, ca.)

Nicht angestellte Ärzte mit Honorarvertrag in Belegabteilungen

Bitte markieren (X), wenn Sie mit Belegärzten **keine Honorarverträge** gemäß § 121 Abs. 5 SGB V geschlossen haben.

bitte markieren (X)

Bitte geben Sie an, in welchen **Abteilungen** und **Funktionsbereichen** Belegärzte mit Honorarverträgen tätig sind und wie hoch die Anzahl der gem. § 18 Abs. 3 Satz 1 SGB V abzurechnenden Fälle ist.

Bereich	FAB-Schlüssel gemäß § 301 SGB V (4-stellig)	Anzahl Fälle	Kostenvolumen (in €, ca.)

Leistungsdokumentation für die Pflegeleistungen in Ihrem Haus

Minutenwerte gem. PPR

liegen in allen Fachabteilungen und Stationen vor:

liegen in den folgenden Fachabteilungen nicht oder nur teilweise vor, als Alternativverfahren wird angewendet:

Fachabteilung (Name/Schlüssel nach § 301 SGB V)

Dokumentation des Minutenwertes gem. § 6 Abs. 4 PPR für gesunde Neugeborene
 Dokumentation gem. § 6 Abs. 5 teilstationäre Versorgung
 Dokumentation gem. Abschnitt 3 Kinderkrankenpflege
 Verwenden Sie die von GKinD überarbeiteten PPR-Werte?

Ja	Nein	bitte markieren (X)

Hochaufwendige Pflegeleistungen

Es legen **keine** Patienten mit hochaufwendiger Pflege i.S.d. Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) vor

Datenjahr 2015 Datenjahr 2016

Die Erfassung des PKMS liegt in allen (Normal-)Stationen vor:

Ja	Nein	bitte markieren (X)

liegt nur für die folgenden (Normal-)Stationen vor:

Name der Kostenstelle (aussagekräftiger Name)

Wie wurde die Erfassung des PKMS in Ihrer Einrichtung überwiegend umgesetzt?

KIS-integriert (X)	Manuell (X)	Sonstiges (bitte erläutern)

Bitte die farbig hinterlegten Angaben nur ausfüllen, wenn Sie die PPR gar nicht anwenden.

Kurzbeschreibung des alternativen Dokumentationssystems:

Das oben beschriebene Dokumentationssystem liegt in den folgenden Fachabteilungen nicht oder nur teilweise vor:

Fachabteilung (Name/Schlüssel nach § 301 SGB V) als Alternativverfahren wird angewendet

Normalstationen

Bitte markieren Sie "Nein", wenn Sie in einigen Fachabteilungen ein Alternativverfahren verwenden. Geben Sie desweiteren bitte die Fachabteilung (Name und/oder FAB-Schlüssel nach § 301 SGB V) sowie eine stichwortartige Beschreibung des Alternativverfahrens an.

Bitte markieren Sie "Nein", wenn in einigen Stationen keine Erfassung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) vorliegt, obwohl dort pflegeaufwendige Patienten erwartet werden können. Geben Sie bitte die Station mit PKMS-Erfassung (Name der Kostenstelle) an. Bitte stellen Sie sicher, dass der Name den Behandlungsschwerpunkt widerspiegelt (z.B. Kostenstelle Innere 2 (Hämatologie)).

Bitte markieren Sie, ob die Erfassungstyp "elektronisch und KIS-integriert", "manuell" oder "Sonstiges" für die überwiegenden Anzahl der Stationen zutrifft.

Bitte im hellgelb markierten Bereich nur Angaben eintragen, wenn Sie in **allen Fachabteilungen** des Krankenhauses **Alternativverfahren** zur PPR anwenden. Bitte geben Sie eine nachvollziehbare Beschreibung des/der Alternativverfahren(s) an.

Ergänzende Angaben zur Intensivbehandlung

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

Kostenstellengruppe 2 (Intensivstation)

Das Krankenhaus hat **keine Intensivbetten**:

Bitte markieren (X), wenn Sie keine Intensivbetten haben.

Die Summe werden mittels Formel berechnet.

Häufig werden intensivbehandlungspflichtige Patienten nicht auf einer separaten Intensivstation (mit eigenem FAB-Schlüssel nach § 301 SGB V), sondern in entsprechenden Intensivbetten auf den Stationen behandelt. Bitte geben Sie in den beiden folgenden Tabellen alle **Stationen** mit Intensivbetten (auch reine Intensivstationen sowie Stroke Units), den **FAB-Schlüssel** nach § 301 SGB V (4-stellig) und die **Anzahl der Intensivbetten** auf diesen Stationen an. In Spalte 3 geben Sie bitte die Fachabteilungen (z.B. Pädiatrie, Chirurgie, Kardiologie etc.) an, von denen die Intensivstation genutzt wird. Die Angabe der Intensivbetten erbiten wir unabhängig von der Tatsache, ob diese Betten auch als Intensivbetten im entsprechenden Krankenhausplan aufgeführt werden. Die Angabe folgt vielmehr der Perspektive nach der sich der erhöhte Aufwand der Intensivbetreuung in der späteren Kalkulation in der Kostenstellengruppe 2 (Intensivstation) niederschlagen muss.

Markieren Sie bitte in Spalte 6a oder 6b, ob Sie für diese Betten die **Mindestmerkmale des Codes** der (aufwändigen) intensivmedizinischen Komplexbehandlung bzw. des Codes der (anderen) neurologischen Komplexbehandlung erfüllen. Bitte füllen Sie Spalte 7 ausschließlich, wenn Sie die Mindestmerkmale lediglich in einem Zeitabschnitt des Jahres 2016 erfüllt haben. Bitte geben Sie an dieser Stelle den Zeitabschnitt an, in dem Sie die Mindestmerkmale des jeweiligen Komplexkodes erfüllt haben (z.B. Mai-Dezember). Bitte geben Sie die dokumentierte **Summe der Intensivstunden** (ungeachtet) an, wenn Ihnen diese Angaben vorliegen. Liegen Ihnen die Angaben nicht vor, tragen Sie bitte **„k.A.“** ein. Weisen Sie bitte die **Anzahl der VK** der jeweiligen Dienstleistung aus, die auf die Kostenstelle gebucht sind.

Bei Bedarf können die Tabellen durch das Anfügen zusätzlicher Zeilen verlängert werden.

Station / Kostenstelle (im Klartext - z.B. Neonatologie, Kardiologie, etc.)	FAB- Schlüssel (4-stellig)	Belegung FAB:	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Mindestmerkmale im Sinne des OPS erfüllt? <small>Bitte markieren (X)</small>		Mindestmerkmale nur erfüllt im Zeitabschnitt:	Summe unge- wichtete Intensiv- stunden	Ärztlicher Dienst	Pflege-dienst	Funktions- dienst	Anzahl der auf die Kostenstelle gebuchten VK				
					8-980	8-98f						7	8	9	10	11
					6a	6b										
1	2	3	4	5	6a	6b	7	8	9	10	11					

Sp. 8: Bitte ergänzen Sie, falls vorhanden, die Anzahl der ungewichteten Intensivstunden.

Intensivbetten zur Behandlung des akuten Schlaganfalls (Stroke Unit)

Krankenhaus hat **keine Intensivbetten** zur Behandlung des akuten Schlaganfalls:

Bitte markieren (X), wenn Sie keine Intensivbetten zur Behandlung des akuten Schlaganfalls haben.

Bitte markieren Sie lediglich den OPS-Kode, der auf der jeweiligen Station regelhaft kodiert wird.

Station / Kostenstelle (im Klartext - z.B. Neurologie, Kardiologie, etc.)	FAB-Schlüssel (4-stellig)	Belegung FAB:	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Mindestmerkmale im		Mindestmerkmale nur erfüllt im Zeltabschnitt:	Summe unge- wichtete intensiv- stunden	Ärztlicher Dienst	Anzahl der auf die Kostenstelle gebuchten VK	
					8-981 6a	8-98b 6b				Pflege-dienst	Funktions- dienst
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11		

Sp. 8: Bitte ergänzen Sie, falls vorhanden, die Anzahl der ungewichteten Intensivstunden.

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 durchgeföhren.
 Bitte markieren Sie, welches Verfahren Sie für die Kostenstellenerrechnung 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.

Abkürzungen für ausgewählte Schlüssel	verwendet (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	Pflegelage
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	Pflegelage
RF	Reinigungsfläche
VK	Vollkräfte
VM	Verbrauchsmenge
W	kg Wäsche

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

Ergänzende Angaben zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen

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

Bitte markieren (X), wenn Sie keine minimalinvasiven Herzklappeninterventionen durchführen.

Das Krankenhaus führt **keine** minimalinvasiven Herzklappeninterventionen durch.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in der "Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappenintervention/MHI-RL)" Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität definiert, die zu einer Optimierung der Ergebnisqualität der Behandlung beitragen sollen.

Diesbezüglich bitten wir Sie um die Übermittlung Ihrer aktuellen

- 1.) Checkliste für die Durchführung **kathetergestützter Aortenklappenimplantationen (TAVI)**
 - 2.) Checkliste für die Durchführung **transvenöser Clip-Rekonstruktionen der Mitralklappe**
- bis zum 31.03.2017 per **E-Mail** an die Adresse datenlieferung@datenstelle.de.

Zusätzlich bitten wir Sie um folgende Angaben:

Erfüllt das Krankenhaus im Datenjahr 2016 **uneingeschränkt die Anforderungen** der Richtlinie für die Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen?

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

Erfüllt das Krankenhaus im Datenjahr 2016 die **Anforderungen gemäß der Übergangsregelung** nach §9 der Richtlinie?

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

wenn ja:

Wird das Krankenhaus nach der Übergangsregelung (Stichtag 30. Juni 2016) die notwendigen Anforderungen der Richtlinie erfüllen?

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

Das Krankenhaus **erfüllt** im Datenjahr 2016 die **Anforderungen** der Richtlinie für die Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen nicht.

Wird das Krankenhaus im Datenjahr 2017 die notwendigen Anforderungen erfüllen?

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