

Änderungsvereinbarung
vom 03.07.2023
zu der
Vereinbarung
gemäß § 17b Absatz 3 Satz 4 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

Durch das Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG) vom 20. Dezember 2022 wurde mit Wirkung zum 29. Dezember 2022 in § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein neuer Absatz 3a eingefügt. Demnach hat das InEK für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten einen Abschlag von den pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1 KHG je Standort eines Krankenhauses festzulegen. Vor diesem Hintergrund passen die Vertragsparteien die Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 3 Satz 4 KHG zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation entsprechend an. Zudem vereinbaren die Vertragsparteien das Konzept für eine Ziehung im Jahr 2023.

Artikel 1

Die Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 3 Satz 4 KHG zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation vom 02.09.2016, die zuletzt durch Vereinbarung vom 16.08.2022 geändert wurde, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 1 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die Auswahl der Krankenhäuser im Jahr 2023 erfolgt auf Basis des Konzepts des InEK in Anlage 4.“

2. § 2 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„In der Ziehung im Jahr 2023 werden abweichend von Satz 2 50 Teilnehmer ausgewählt.“

bb) In Satz 4 werden die Wörter „Ziehung des Jahres 2023“ durch die Wörter „Ziehungen der folgenden Jahre“ ersetzt.

cc) In Satz 5 wird das Wort „folgenden“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird nach dem Wort „fünf“ das Wort „aufeinanderfolgende“ eingefügt.

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Das erste Datenlieferjahr ist das zweite Jahr nach dem Auswahljahr.“

cc) In Satz 5 wird die Angabe „gemäß Absatz 1 Satz 6“ gestrichen.

- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Datenlieferjahr (erstes Datenlieferjahr)“ durch das Wort „Jahr“ ersetzt.
 - bb) Die Sätze 5 bis 7 werden aufgehoben.
- d) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Die ausgewählten Krankenhäuser können dem InEK über die Datenübermittlung nach Absatz 4 hinaus bereits in dem auf das Auswahljahr folgenden Jahr die vollständigen Kalkulationsdaten übermitteln. Die Datenqualität wird durch das InEK geprüft. Liegt nach der Prüfung des InEK gemessen an den Qualitätsanforderungen der Kalkulation ein ernsthafter Versuch einer Datenlieferung durch das Krankenhaus vor, erhalten Krankenhäuser die in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 5 KHG geregelte einmalige Bonusvergütung in Höhe von 5.000 Euro. Werden die Kalkulationsdaten vom Krankenhaus in dem auf das Auswahljahr folgenden Jahr fristgerecht gemäß § 3 Absatz 1 und vollständig im Sinne des § 17b Absatz 3a Satz 2 KHG an das InEK übermittelt, erhalten die Krankenhäuser zusätzlich zu der Bonusvergütung nach Satz 3 eine weitere Bonuszahlung in Höhe von 6.000 €.“

3. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden die Wörter „Sicherstellung der“ gestrichen.
- b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Krankenhäuser, die gemäß § 2 Absatz 1 zur Teilnahme an der Kalkulation ausgewählt werden, haben bis zum 31.03. des zweiten Jahres nach dem Auswahljahr (erstes Datenlieferjahr) 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.“
- c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Sofern ein Krankenhaus bereits im ersten Jahr nach dem Auswahljahr die Kalkulationsdaten fristgerecht gemäß Absatz 1 und vollständig im Sinne des § 17b Absatz 3a Satz 2 KHG übermittelt, gilt abweichend von § 2 Absatz 2 Satz 4 das erste Jahr nach dem Auswahljahr als erstes Datenlieferjahr.“
- d) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.
- e) Der bisherige Absatz 3 wird aufgehoben.
- f) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Das InEK informiert die Krankenhäuser bis zum Ablauf der Kalkulationsfrist nach Absatz 1 für jede Datenlieferung über die aktuelle Erfüllungsquote.“

- g) Die Absätze 5 und 6 werden aufgehoben.
- h) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 5.
- i) Der bisherige Absatz 8 wird Absatz 6 und Satz 5 wird aufgehoben.
- j) Nach dem neuen Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:
„(7) Die geänderten Regelungen zur Datenlieferung in § 2 und 3 dieser Vereinbarung gelten ausschließlich für neu gezogene Krankenhäuser (Ziehung ab dem Jahr 2023).“
- k) Die bisherigen Absätze 9 bis 11 werden aufgehoben.

4. Folgende Anlage 4 wird angefügt:

Anlage 4 zur Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 3 Satz 4 KHG

[Konzept des InEK: Konzept für die vierte Ziehung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation im Entgeltbereich „DRG“]

Artikel 2

Diese Änderungsvereinbarung tritt mit Unterzeichnung in Kraft.

Berlin, Köln, 03.07.2023

GKV-Spitzenverband

Verband der Privaten Krankenversicherung

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Konzept für die vierte Ziehung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation im Entgeltbereich „DRG“

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

Grundsätzliche Vorbemerkungen

Als Maßstab zur Bewertung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe im Entgeltbereich „DRG“ 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. Im Fokus der Repräsentativitätsbetrachtung befinden sich weiterhin die Merkmale „Trägerschaft“ und „Leistungsbereiche“. Diese werden in der vierten Ziehung um die Aspekte der auszugliedernden Pflegepersonalkosten, der sektorengleichen Vergütung/„Hybrid-DRGs“ und der Erreichbarkeit der Ziele ergänzt. Dabei bleibt die freiwillige Kalkulationsteilnahme grundsätzlich auch zukünftig erhalten. Zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation im Entgeltbereich „DRG“ wurde die Kalkulationsstichprobe bisher durch drei Ziehungen am 31. Oktober 2016 (40 Krankenhäuser), am 22. September 2017 (20 Krankenhäuser) und am 23. September 2022 (30 Krankenhäuser) durch die verpflichtende Kalkulationsteilnahme weiterer Krankenhäuser ergänzt. Die Verpflichtung der in den ersten beiden Ziehungen ausgewählten Krankenhäuser endete jeweils nach fünf Jahren. In vergangenen Jahr kalkulierten einige der einst verpflichteten Krankenhäuser freiwillig weiter mit. In Anbetracht der Unsicherheiten durch die Corona-Pandemie und der bevorstehenden Anpassungen am Vergütungssystem (bspw. Einführung von „Hybrid-DRGs“ und tagesstationärer Behandlung, „Krankenhausreform“), wurde die entstandene „Lücke“ in der dritten Ziehung im September 2022 mit maßvoller Zurückhaltung nur teilweise geschlossen. Damit wurde bewusst die Möglichkeit geschaffen, je nach Bedarf und angepasst an die nun vorliegende Situation mehr Krankenhäuser in einer vierten Ziehung nachzuziehen. Eine im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz erfolgte Änderung von § 17b Abs. 3 KHEntgG gibt zudem nun Folgendes vor: „zur Gewährleistung einer repräsentativen Kalkulation der nach Absatz 4 auszugliedernden Pflegepersonalkosten hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus das Konzept anzupassen“. Zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe für den Entgeltbereich „DRG“ werden daher im Ergebnis in diesem Jahr 50 Krankenhäuser in einem zufallsbedingten dynamischen Auswahlprozess gezogen. Hierdurch wird, sofern alle aktuell freiwillig an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser und alle verpflichteten Krankenhäuser Kalkulationsdaten übermitteln, eine Stichprobengröße in etwa auf dem Level unmittelbar vor der Corona-Pandemie erreicht.

Die Beurteilung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe und der Auswahlprozess werden auf Grundlage der Daten nach § 21 Abs. 1 KHEntgG für das Jahr 2022 durchgeführt. Hierbei werden die medizinisch plausibilisierten vollstationären Daten für den Entgeltbereich „DRG“ berücksichtigt.

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 die Fortführung des begonnenen praktikablen Einstiegs zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe. Die regelmäßige Wiederholung des Verfahrens führt zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe. Im Rahmen der sukzessiven Weiterentwicklung können darüber hinaus zukünftig weitere Merkmale und Merkmalskombinationen – so wie aktuell die auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die sektorengleiche Vergütung/„Hybrid-DRGs“ – in das Konzept integriert werden.

Teil 1: Analyse der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe bzgl. der Merkmale „Trägerschaft“, „Leistungsbereiche“ und „auszugliedernde Pflegepersonalkosten“

Repräsentativität nach Trägerschaft

Das Merkmal „Trägerschaft“ ist Bestandteil der Datenlieferung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG und kann die Ausprägungen „öffentlich“, „frei-gemeinnützig“ und „privat“ annehmen. Für die Auswertung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe in Bezug auf die Trägerschaft werden allerdings die dem InEK bekannten, ggf. auch die Zukunft betreffenden Angaben aus dem Standortverzeichnis verwendet. Die Trägerschaftsangaben im Standortverzeichnis sind zum einen aktueller und zum anderen werden die Angaben der Krankenhäuser im Standortverzeichnis strikter geprüft und sind deshalb plausibler. Zur Bestimmung der Repräsentativität nach Trägerschaft werden zur Kalkulationsstichprobe die Krankenhäuser mit erfolgreicher freiwilliger Kalkulationsteilnahme gezählt sowie die Krankenhäuser mit verpflichtender Teilnahme für das Datenjahr 2022. Aus der Kalkulationsstichprobe herausgenommen werden BG Kliniken, weil davon auszugehen ist, dass diese zukünftig auch weiterhin nicht mehr an der Kalkulation teilnehmen.

Hieraus lässt sich grundsätzlich ein geeignetes Verhältnis der Trägergruppen zur Erweiterung der Kalkulationsstichprobe ableiten. Wie bei den Auswertungen für alle bisherigen Ziehungen zeigt sich auch aktuell, dass sowohl bzgl. der Krankenhaus- als auch bzgl. der Fallanteile die Krankenhäuser mit öffentlicher Trägerschaft relativ gesehen am stärksten und die Krankenhäuser mit privater Trägerschaft am schwächsten in der Kalkulationsstichprobe vertreten sind. Die Krankenhäuser mit freigemeinnütziger Trägerschaft befinden sich dazwischen. In den bisherigen Ziehungen wurden deshalb nur Krankenhäuser mit frei-gemeinnütziger oder privater Trägerschaft verpflichtet.

Als Weiterentwicklung für die vierte Ziehung wird zusätzlich auch der Aspekt der Erreichbarkeit der Ziele berücksichtigt: Es gibt einige Leistungsbereiche, deren Hauptleistungserbringer ausschließlich oder zu einem weit überwiegenden Teil aus Krankenhäusern mit öffentlicher Trägerschaft bestehen. Eine Erhöhung der Repräsentativität, insbesondere auch mit Blick auf die auszugliedernden Pflege-

personalkosten, ist daher nur erreichbar, wenn auch Krankenhäuser mit öffentlicher Trägerschaft zu einer Kalkulation verpflichtet werden können.

Um das Verhältnis der jeweiligen Trägergruppen für die Ziehung zu ermitteln, wird deshalb ein Krankenhausanteil von 25% angestrebt, ein Wert wie er beim Fallanteil in der Größenordnung bereits erreicht wird. Das Ziehungsverhältnis, mit dem die Kalkulationsstichprobe erweitert wird, ergibt sich wie bisher aus dem Mittelwert der Verhältnisse bei Betrachtung der Krankenhaus- und Fallanteile. Auf Grundlage der Daten des Datenjahres 2022 ergibt sich, dass Krankenhäuser mit privater, freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft für die Kalkulationsstichprobe verpflichtet werden müssen. Als abgeleitetes Verhältnis ergibt sich, dass Krankenhäuser mit privater Trägerschaft, Krankenhäuser mit freigemeinnütziger Trägerschaft und Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft im Verhältnis 5,6 : 3,4 : 1 ergänzt werden sollten. Bei 50 neu in die Kalkulationsstichprobe aufzunehmenden Krankenhäusern, sind also 28 Krankenhäuser mit privater Trägerschaft, 17 Krankenhäuser mit freigemeinnütziger Trägerschaft und 5 Krankenhäuser mit öffentlicher Trägerschaft zur Verbesserung der Repräsentativität hinsichtlich des Merkmals „Trägerschaft“ auszuwählen.

Simulationen zeigen, dass durch die zusätzliche Berücksichtigung von Krankenhäusern mit öffentlicher Trägerschaft trotz der vergleichsweise geringen Anzahl an zu verpflichtenden Krankenhäusern mit öffentlicher Trägerschaft im Erwartungswert für 20% bis 25% mehr unterrepräsentierte Leistungsbereiche und für über 10% mehr priorisierte unterrepräsentierte Leistungsbereiche und für einige Leistungsbereiche überhaupt Repräsentativität erreicht werden kann.

Repräsentativität in den Leistungsbereichen

Die Kostenkalkulation soll 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 u.a. 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 aktuellsten Datenlieferung nach § 21 Absatz 1 KHEntgG (Datenjahr 2022) werden dazu nach dem aktuellsten aG-DRG-System (Version 2023) gruppiert. 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 des Fallpauschalen-Katalogs, die sich aufgrund ihrer Definition einer Pauschalierung entziehen (wie B61B *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks [...]*, Y01Z *Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen* etc.).

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% oder in der Gruppe der Top25%-Krankenhäuser kleiner als 25% ist.

Auf Grundlage der Daten des Datenjahres 2022 liegt bei einem Viertel der berücksichtigten DRGs (26%) in der Kalkulationsstichprobe eine Schieflage vor. Sie stehen für ca. 3,4 Mio. Fälle, die deutschlandweit für einen Fallanteil und einen Casemixanteil von gut einem Fünftel (21% bzw. 23%) stehen.

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

- die gemessen am Casemix finanzstärksten unterrepräsentierten DRGs, die in Summe für drei Viertel des Casemixvolumens der unterrepräsentierten DRGs 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% und in der Gruppe der Top25%-Krankenhäuser kleiner als 25% ist (Fallzahlrelevanz).
- Für die Aufgaben zur sektorengleichen Vergütung/„Hybrid-DRGs“ werden zudem unterrepräsentierte DRGs priorisiert betrachtet, wenn diese im erweiterten Blickfeld für „Hybrid-DRGs“ stehen. Da eine Vereinbarung nach § 115f Abs. 1 SGB V nicht zustande gekommen ist und eine Rechtsverordnung nach § 115f Abs. 4 SGB V (noch) nicht vorliegt, wird hilfsweise auf die Expertise „Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung“ von Prof. Dr. J. Schreyögg und Dr. R. Milstein zurückgegriffen; es werden alle dort in Tabelle 2 im Anhang genannten DRGs bei der Priorisierung verwendet.

Auf Basis der Erfahrungen der ersten Ziehung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation wurde in der zweiten Ziehung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation 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. Da sich dieser erweiterte Zugang in der zweiten Ziehung bewährt hat, wird die „Helfende Fallzahl“ auch bei der dritten Ziehung zur Erhöhung der Repräsentativität verwendet.

Auszugliedernde Pflegepersonalkosten

Zur Gewährleistung einer repräsentativen Kalkulation der auszugliedernden Pflegepersonalkosten sind diese im vorliegenden Konzept den gesetzlichen Vorgaben folgend neu zu berücksichtigen. Das für die Kostenkalkulation oben im Allgemeinen Gesagte gilt grundsätzlich auch für die auszugliedernden Pflegepersonalkosten: Die Kalkulation der auszugliedernden Pflegepersonalkosten soll durch die Hauptleistungserbringer der jeweiligen Leistung getragen werden. Je stärker die Kalkulation durch Hauptleistungserbringer getragen wird, desto robuster und stabiler sind die Kalkulationsergebnisse. Wie bereits weiter oben ausgeführt, sind die Hauptleistungserbringer aktuell in gut einem Viertel der Leistungsbereiche unterrepräsentiert und in Teilen sogar gar nicht repräsentiert. Das wichtigste Ziel für die erste Ziehung, die den Aspekt der auszugliedernden Pflegepersonalkosten beinhaltet, ist daher, diese Lücke zu schließen. Erst wenn diese Lücke deutlich kleiner oder geschlossen ist, macht es darüber hinaus Sinn, im Sinne einer „Feinadjustierung“ bspw. Informationen aus den Pflegepersonaldaten der Datenübermittlung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG, den Meldungen zum Nachweis der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen oder den übermittelten Pflegebudgets und den zugehörigen Wirtschaftsprüferattesten zu berücksichtigen. Die Erweiterung um den Aspekt der repräsentativen Kalkulation der auszugliedernden Pflegepersonalkosten begründet mit die große Anzahl an zu verpflichtenden Krankenhäusern in der vierten Ziehung sowie die Ausweitung auf Krankenhäuser mit öffentlicher Trägerschaft.

Teil 2: Ablauf des Auswahlprozesses

Die Krankenhäuser können, wie in Teil 1 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. Über ein geeignetes Ranking werden die unterschiedlichen Verbesserungsbeiträge der Krankenhäuser bzgl. der (priorisierten) unterrepräsentierten Leistungsbereiche abgebildet. In einem iterativen zufallsbedingten dynamischen Auswahlprozess wird in jeder Ziehungsrunde genau ein Krankenhaus aus dem Bereich der Top 30 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 einer jeden Ziehungsrunde aktualisiert wird und nur die in den Vorarbeiten ermittelte Anzahl an Krankenhäusern der jeweiligen Trägergruppen neu in die Kalkulationsstichprobe aufgenommen wird. Jede Ziehungsrunde besteht wesentlich aus den Teilen „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 der zweiten Ziehungsrunde erweiterten – Kalkulationsstichprobe (noch) unterrepräsentiert sind: Liste 1 enthält die Leistungsbereiche, bei denen der Fallanteil in der Kalkulationsstichprobe in der Gruppe der Top10%-Krankenhäuser kleiner als 10% ist. Liste 2 enthält

die Leistungsbereiche, bei denen der Fallanteil in der Kalkulationsstichprobe in der Gruppe der Top25%-Krankenhäuser kleiner als 25% ist.

2. Für jedes Krankenhaus, das sich nicht in der Kalkulationsstichprobe befindet und zu einer der noch unterrepräsentierten Trägergruppen gehört, wird sowohl für Liste 1 als auch für Liste 2 aus dem ersten Schritt 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 für jedes Krankenhaus 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. Zudem wird die „Helfende Fallzahl“ als Summe der Fälle eines Krankenhauses in den noch unterrepräsentierten Leistungsbereichen bestimmt, sofern das Krankenhaus dort zur Gruppe der Top10%- oder Top25%-Krankenhäuser gehört.
3. Jeweils für die mittlere Anzahl der Leistungsbereiche, den mittleren Fallanteil und die „Helfenden Fälle“ aus dem vorangehenden Teilschritt wird eine absteigend sortierte Rangliste über alle Krankenhäuser gebildet.
4. Für jedes Krankenhaus wird der Rangmittelwert der drei im vorherigen Teilschritt 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. Sollte auch noch die mittlere Anzahl der Leistungsbereiche gleich sein, ist das Krankenhaus mit der geringeren Fallzahl – im Sinne der Wirtschaftlichkeit der Auswahlmethode – weiter oben im Ranking. Ist auch die Fallzahl gleich, erhält das Krankenhaus mit dem höheren Casemix den höheren Rang. Die Ränge im finalen Ranking sind mit diesen Vorgaben stets eindeutig.

Die Ermittlung des Gesamtrangs mit Hilfe der drei Rangzahlen führt als eine Gewichtung dazu, dass sich diejenigen Krankenhäuser im Ranking weiter oben wiederfinden, welche bei den besonders stark unterrepräsentierten, d.h. 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 trifft eher auf spezialisierte Krankenhäuser zu, bewirkt eine zielgerichtete Verbesserung einzelner Leistungsbereiche und führt zur zusätzlichen Aufnahme eher weniger Fälle. Die Zahl der „Helfenden Fälle“ betont die Hauptleistungserbringer in den unterrepräsentierten Leistungsbereichen derart, dass Krankenhäuser mit hohem Erklärungsbeitrag in diesen Leistungsbereichen mit höherer Wahrscheinlichkeit im Ranking weiter oben stehen. Kleine Fachkrankenhäuser mit ausgeprägter Spezialisierung auf wenige DRGs werden damit tendenziell im Ranking weiter nach unten verschoben. Die Bildung der Rangmittelwerte aus allen drei Ranglisten schafft eine ausgewogene Balance zwischen den unterschiedlichen Tendenzen.

Losverfahren zur Auswahl eines Krankenhauses

Das vor jeder Ziehung aktualisierte Ranking berücksichtigt adäquat, welche Krankenhäuser wie stark zur Verbesserung der Repräsentativität beitragen können. Krankenhäuser mit höherem Verbesserungspotential finden sich weiter oben im Ranking. Um eine bewusste Auswahl eines Krankenhauses zu vermeiden, wird innerhalb der Top 30 der Krankenhäuser aus dem Ranking, die zu einer noch unterrepräsentierten Trägergruppe gehören, ein Krankenhaus ausgelost, um die Kalkulationsstichprobe zu ergänzen. Jedes der 30 Krankenhäuser in der Lostrommel der Ziehungsrunde kann dabei mit gleicher Wahrscheinlichkeit gezogen werden. Sie beträgt bei 30 Krankenhäusern $1/30 = 3,33\%$.

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.