

# Einführung

Gregor Leclerque und Jürgen Klauber

Die Erhöhung der Markttransparenz und die daraus resultierende Stärkung des Wettbewerbs durch die Einführung des fallpauschalierten Vergütungssystems auf Basis von DRGs hat bei den Krankenhäusern nicht nur zu Rationalisierungsbemühungen geführt, wie beispielsweise im letztjährigen Krankenhaus-Report dokumentiert, sondern gleichzeitig auch ihren Blick für das Markthandeln in möglichen Innovationsfeldern geschärft. Bei fehlendem Preiswettbewerb rücken Art, Menge und Qualität der erbrachten Leistungen zwangsläufig stärker in den Vordergrund. So nutzen die Kliniken Gestaltungsspielräume und Marktchancen, die auf Öffnung bzw. Überwindung der sektoralen Leistungserbringung zielen, seien es Formen der Integrierten Versorgung, die Beteiligung an Medizinischen Versorgungszentren, die Erbringung ambulanter Operationen wie auch die Nutzung weiterer gesetzlicher Möglichkeiten zur Erbringung ambulanter Leistungen.

Neben konsequenten Bemühungen um Effizienzsteigerung und der Nutzung von sektorübergreifenden Marktchancen rückt aber auch die Qualität der Leistungserbringung als Wettbewerbsparameter zunehmend in den Fokus der Krankenhäuser. Auch wenn dies bisher unterschiedlich intensiv aufgegriffen wurde, zeigt sich die Entwicklung eines Qualitätswettbewerbs in mehrfacher Hinsicht schon heute.

Durch Qualitätsvergleiche, u. a. unter Nutzung von Routinedaten, entsteht zunehmend Transparenz für Patienten und Einweiser, die bei der Krankenhausauswahl genutzt werden kann. Indikationsspezifische regionale Klinikführer und im Internet angebotene Portale zum Klinikvergleich spiegeln diese Entwicklung.

Aber auch das klinikinterne Qualitätsmanagement unterliegt einem Wandel – auch hier gewinnen neben dokumentierten Prozessdaten Routinedaten aus der Abrechnung vermehrt an Bedeutung, werden sie doch aufwandsarm generiert und liefern zusätzliche Informationen. Routinedaten der Krankenkassen bieten zudem die Chance, Ergebnisqualität im Follow-up, also über den reinen Krankenhausaufenthalt hinausgehend, beleuchten zu können. Dass die Krankenhäuser Qualität als Wettbewerbsparameter einen wachsenden Stellenwert zuordnen, zeigen nicht zuletzt Qualitätsinitiativen wie beispielsweise die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) oder 4QD-Qualitätskliniken.

Darüber hinaus loten Krankenkassen zunehmend aus, welche Möglichkeiten bestehen, Qualitätsparameter in Versorgungsverträgen zu berücksichtigen, um Versicherten eine möglichst gute, gesicherte Qualität zu einem angemessenen Preis zu bieten. Nicht zuletzt auch vor diesem Hintergrund wurden in der jüngsten Vergangenheit die internationalen Erfahrungen mit Pay-for-Performance-Konzepten verstärkt in Deutschland diskutiert.

Generell wird das gesamte Feld der externen Qualitätssicherung neue Impulse durch die sektorübergreifende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V erfahren. Wachsende Bedeutung sollten die Veränderungen im Bereich der Qualitätstransparenz schließlich auch für die Ausgestaltung einer zukünftigen Bedarfsplanung im Sinne einer (sektorübergreifenden) Versorgungsplanung erlangen können.

Die benannten Entwicklungen der vergangenen Jahre sind Anlass für die Herausgeber des Krankenhaus-Reports, als diesjähriges Schwerpunktthema „Qualität durch Wettbewerb“ vertiefend zu diskutieren. Diverse Beiträge im Diskussionsblock beleuchten aktuelle ökonomische Fragestellungen zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems, der Krankenhausfinanzierung sowie der Bedarfsplanung.

## **Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb**

### **Qualität durch Wettbewerb**

Soll der Wettbewerb zu einer verbesserten Qualität von Krankenhausleistungen führen, stellt sich für die Ökonomen zunächst die Frage nach dem stimmigen Marktmodell. Vor dem Hintergrund der Dominanz korporativer Strukturen und staatlicher Administration wird Wettbewerb in der Krankenhausversorgung bisher im Wesentlichen auf dem Behandlungsmarkt zwischen Krankenhäusern um Patienten gesehen, während ein Wettbewerb zwischen Krankenhäusern um Verträge mit Krankenkassen auf dem Leistungsmarkt (Vertragswettbewerb) bisher noch kaum greift. Unabhängig von der zukünftigen politischen Gewichtung der relativen Entwicklung des Wettbewerbs auf beiden Märkten ist für einen Wettbewerb um Qualität wesentlich, dass Informationsasymmetrien zwischen Patient und Leistungserbringer bzw. Krankenkasse und Leistungserbringer überwunden werden. Hier wird insbesondere bezogen auf den Behandlungsmarkt noch eine deutliche Verbesserung der Anpassung von Transparenzinstrumenten an den Nutzerbedarf als notwendig erachtet. Handlungsbedarf wird aber auch noch hinsichtlich der Schaffung ordnungspolitisch stimmiger Anreizstrukturen für einen funktionierenden qualitätsorientierten Vertragswettbewerb gesehen. (*Beitrag Wasem/Geraedts*)

### **Stand und Perspektive der stationären Qualitätssicherung in Deutschland**

Mit der Einführung der G-DRGs hat auch die Perspektive der stationären Qualitätssicherung in Deutschland einen substanziellen Wandel erfahren. Bisherige, stärker prozessorientierte und aufwändige Verfahren können durch aufwandsarme, Routinedaten-basierte Möglichkeiten ergänzt werden, die auch den Blick auf mittel- und langfristige Ergebnisse jenseits des Krankenhausaufenthaltes in sektorübergreifender Sicht eröffnen. Mit dem Routinedatenzugang entfällt zugleich das bisherige Anbietermonopol bezüglich der Qualitätsmessung. Die wachsenden und perspektivischen neuen Einsatzbereiche der Qualitätsindikatoren – neben der Verbesserung des klinikinternen Qualitätsmanagements die Einbindung in einzelvertragliche Vergütungskonstrukte und möglicherweise auch die Berücksichtigung im kollektivvertraglichen Vergütungssystem – stellen neben der medizinischen Bedeutung zusätzliche Anforderungen an ihre Aussagekraft und Manipulationsresistenz. (*Beitrag Manky*)

### **Ermittlung der klinikspezifischen Ergebnisqualität der Behandlung von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW) auf der Basis von Routinedaten**

Die vorliegende Analyse zeigt am Beispiel von Früh- und Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht die Tragweite eines Instrumentariums auf Basis von Routinedaten. Es wird gezeigt, dass die Ermittlung von risikoadjustierten Sterblich-

keiten für VLBWs sinnvoll möglich ist, die Ergebnisse sich hinsichtlich Aussagekraft und Verlässlichkeit an publizierten Studien messen lassen. Damit könne das Verfahren eine Alternative bzw. eine Ergänzung zum bestehenden Verfahren der Ergebnisberichterstattung bilden, dem ein erheblicher Reporting Bias bescheinigt wird. (*Beitrag Heller*)

### **Lebensdauer von Hüftgelenksimplantaten in Deutschland**

Endoprothesenregister, deren Fehlen in Deutschland schon länger bemängelt wurde, haben die Aufgabe, die Standzeiten und langfristigen Wirkungen der Implantation einer Prothese zu erfassen. Jüngst wurde das AQUA-Institut mit der Einrichtung eines solchen Registers beauftragt. Dabei lässt sich zeigen, dass bereits heute die Lebensdauer von beispielsweise Hüft-Endoprothesen auf Basis von Routinedaten aus der Abrechnung analysiert werden kann. So betrug die 5-Jahres-Überlebensrate über alle Endoprothesen rd. 95%. Unterschiede zeigen sich hierbei nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern auch je nach Prothesentyp und der Art der Fixation am Knochengewebe. Auch Begleiterkrankungen, beispielsweise Diabetes, zeigen einen merklichen Einfluss auf die Lebenszeit der Endoprothese. (*Beitrag Heller*)

### **Selektivverträge im Krankenhausbereich als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Effizienz**

Internationale Vergleiche verweisen immer wieder darauf, dass das deutsche Gesundheitssystem bei relativ hohen Ausgaben nur mittlere Ergebnisse liefert. Dabei zeigen sich beispielsweise auf Basis der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) durchaus deutliche Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern. Angesichts bestehender Überkapazitäten in der stationären Versorgung wäre es eigentlich naheliegend, die Versorgung in Form einer Positivauswahl stärker auf Kliniken mit guter und überdurchschnittlicher Qualität zu konzentrieren. Tatsächlich bestehen hierfür auf Grundlage des geltenden Rechts keine oder nur geringe Umsetzungschancen, sei es in der Krankenhausplanung, den Budgetverhandlungen oder den bisherigen Möglichkeiten der Integrierten Versorgung. Selektivverträge könnten hier Abhilfe schaffen. Diese sind so auszugestalten und einzusetzen, dass sie nicht als Sparmaßnahme daherkommen, sondern auf Qualitätsverbesserung in der Versorgung zielen. Können hierdurch Folgebehandlungen verringert werden, so werden Effizienzreserven automatisch ausgeschöpft – ganz zu schweigen davon, dass unnötiges Leid der Patienten vermieden wird. (*Beitrag Mohrmann/Koch*)

### **Qualität als Wettbewerbsparameter des Krankenhauses**

In der jüngeren Vergangenheit hat der Wettbewerbsdruck auf die Krankenhäuser zugenommen. Für die Kliniken bedeutet dies freilich nicht nur die Notwendigkeit, sich am Markt zu behaupten, sondern auch die Möglichkeit, durch ein eigenständiges Profil ihre Marktchancen zu verbessern. Unter diesen Gesichtspunkten sind Qualitätsüberlegungen nicht nur – wie mitunter verkürzend dargestellt – Kostenfaktoren; sie stellen vielmehr einen wichtigen Wettbewerbsparameter für die Krankenhäuser dar. Der Ausweis guter Qualität ist ein zentrales Marketinginstrument in einem Wirtschaftssektor, in dem hohe Qualitätsstandards für die Kunden von dominanter Bedeutung sind. Doch darüber hinaus bildet die Prozessoptimierung mit dem

Ziel der Qualitätsverbesserung auch einen Ansatzpunkt für betriebswirtschaftliche Verbesserungen und Kundenbindung. Somit kann Qualitätsmanagement tatsächlich auch zum Ausgangspunkt von Effizienzsteigerung und Kosteneinsparungen werden. (*Beitrag Neudam/Haeske-Seeberg*)

### **Wahrnehmung und Nutzung von Qualitätsinformationen durch Patienten**

Ungeachtet der restriktiveren rechtlichen Vorgaben und der Notaufnahmen haben Krankenhauspatienten in der Regel die Möglichkeit, ein Krankenhaus für einen bevorstehenden Eingriff frei zu wählen. Angesichts dieses Umstands stellt sich die Frage, wie und wo sich die Versicherten über ein Krankenhaus informieren und welche Kriterien hierbei im Vordergrund stehen. Insbesondere ist von Interesse, welchen Stellenwert in diesem Zusammenhang der – wahrgenommenen – Qualität des Krankenhauses beigemessen wird. Sich über die Qualität eines Krankenhauses und der dort erbrachten Leistung, oftmals in Hinblick auf eine bestimmte Diagnose, zu informieren, ist für die Versicherten mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser mit ihren umfassenden Informationen werden dieser Nachfrage nur bedingt gerecht. Nach wie vor lässt sich eine deutliche Lücke zwischen der grundsätzlich zugänglichen Information und ihrer Rezeption seitens der Versicherten konstatieren. Neue Angebote vergleichender Qualitätsinformation können ggf. zukünftig den Entscheidungsprozess besser unterstützen. (*Beitrag Geraeds/de Cruppé*)

### **Pay for Performance (P4P): Auswirkungen auf die Qualität und Abgrenzung von der Einzelleistungsvergütung**

Die Vergütung im G-DRG-System richtet sich nach der erbrachten Leistungsmenge; Qualitätsaspekte werden nicht explizit berücksichtigt. In den vergangenen Jahren sah man einen Kardinalweg zur Verbesserung der Qualität daher in der Einführung qualitätsbezogener Vergütungskomponenten. Unter Rückgriff auf internationale Erfahrungen, beispielsweise aus Großbritannien und den USA, lässt sich allerdings feststellen, dass dieser Weg nicht so einfach beschritten werden kann wie zunächst erhofft. Insbesondere die in den letzten Jahren erschienenen langfristigen Evaluationen werfen einige Fragezeichen auf. Für die weitere Entwicklung wird es entscheidend darauf ankommen, wie ein P4P-Modell konkret ausgestaltet und umgesetzt wird und wie es mit den sonstigen Gegebenheiten des Gesundheitswesens interagiert. Insbesondere wichtig erscheint die Spezifizierung der finanziellen Anreize, die nicht in Einzelleistungsvergütung übergehen sollten. (*Beitrag Schrappe/Gültekin*)

### **Pay for Performance im Krankenhaus: Erfahrungen in den USA**

Systematische Analysen zu Pay-for-Performance-Programmen im stationären Bereich sind Mangelware. Bezogen auf die USA existierten zur Jahresmitte 2007 nur acht entsprechende Untersuchungen in Zeitschriften mit Peer Review. Bei den meisten hiervon fehlte eine Kontrollgruppe, sodass sich die Auswirkungen von P4P nicht eindeutig von einer allgemeinen, im Zeitverlauf stattfindenden Qualitätsverbesserung in den Krankenhäusern separieren lassen. Einige wenige aussagekräftige Studien, die sich vor allem auf klinische Prozessqualität konzentrieren, verweisen auf eine um einige Prozentpunkte bessere Qualität gegenüber vergleichbaren Kran-

kenhäusern. Freilich bestehen aber auch hier zahlreiche offene Fragen; weitere systematisch evaluierende Studien erscheinen wünschenswert und notwendig. (*Beitrag Mehrotra/Damberg/Sorbero/Teleki/Mattke*)

### **Pay for Performance – Rahmenbedingungen für ein Modell im Bereich Endoprothetik**

Pay for performance (P4P) hat viele Gesichter. Als sinnvoller Ansatz für die Implementierung von P4P-Programmen erscheint in erster Linie das Aufsetzen auf nachgewiesener Ergebnisqualität. Spielräume für Vergütungsanreize ergeben sich dort, wo eine bessere Ergebnisqualität nachweisbar mit vermiedenen Folgekosten einhergeht. Voraussetzung für die Umsetzung eines derartigen P4P-Programms ist, dass eine sichere und manipulationsresistente Messung von Ergebnisqualität möglich ist. Es bietet sich an, hierzu auf das Verfahren Qualitätsmessung mit Routinedaten (QSR) zurückzugreifen. Auf Basis des QSR-Verfahrens zur Hüft-Endoprothesenimplantation (Hüft-EP) wird exemplarisch der Nachweis geführt, dass überdurchschnittliche Qualität bei der Hüft-EP mit unterdurchschnittlichen Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres einhergeht und Pflegestufen weniger häufig erhöht werden. Damit ist ein Weg für die Implementierung von P4P skizziert. Wenn selektive Vertragskonstrukte möglich sind, die es erlauben, stärker Krankenhäuser mit überdurchschnittlicher Qualität zu belegen, könnten die resultierenden Einsparungen teilweise über einen qualitätsabhängigen Vergütungszuschlag an die Krankenhäuser zurückgegeben werden und würden auf diese Weise einen korrespondierenden betriebswirtschaftlichen Anreiz setzen. (*Beitrag Malzahn/Heyde/Fahlenbrach*)

## **Zur Diskussion**

### **Die Zukunft der Vergütung von Krankenhausleistungen**

Das deutsche Gesundheitssystem ist in hohem Maße reguliert; dies gilt insbesondere auch für die Preisbildung bei Krankenhausleistungen. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 hat sich diese Tendenz durch die Ausrichtung auf einen bundeseinheitlichen Basisfallwert für die Vergütung von Krankenhausleistungen noch verstärkt. Der Verzicht auf Preissteuerung führe heute zur Fehlallokation knapper Ressourcen, der Wettbewerb werde auf einen Innovations- und Qualitätswettbewerb mit dem Ziel der Mengenausweitung reduziert. Aus ordnungstheoretischer Sicht wird die Notwendigkeit differenzierter Preise postuliert, die u. a. den Ort der Leistungserbringung, die zeitliche Verfügbarkeit, die Qualität und die angebotene Leistungsmenge berücksichtigen. Wenn überhaupt, sollten staatliche Preise Richtpreise sein. Es gelte, Wettbewerb nicht zu teilen, sondern einen echten Preis-Leistungs-Wettbewerb zu implementieren. (*Beitrag Neubauer/Beivers/Paffrath*)

### **Investitionspauschalen als Weg in die Monistik?**

Die Diskussion um die Investitionsfinanzierung und die bestehenden Verwerfungen durch den Dualismus von Investitionsfinanzierung durch die Länder und Betriebsmittelbereitstellung durch die Krankenkassen ist ein ordnungspolitischer Dauerbrenner. Nicht nur, dass die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nicht nachkommen, auch zeigt sich kein Zusammenhang zwischen der Art und Höhe der Investitionsförderung, die ein Krankenhaus erhält, und seinem wirtschaftlichen Erfolg.

Auch wenn eine echte monistische Finanzierung als politisch nicht umsetzbar angesehen wird, lässt sich der Weg für einen weitgehenden praktischen Einstieg in die Monistik skizzieren. Mit Investitionspauschalen, die ab 2012 von den Bundesländern eingeführt werden können und bei denen je DRG ein bestimmter (relativer) Investitionsbedarf bundesweit festgelegt wird, kann die Investitionsförderung zunächst auf der Landesebene auf eine für alle Krankenhäuser planbare Größe mit Leistungsbezug umgestellt werden. Neben dieser regionalen Quasi-Monistik könnten in einem zweiten Schritt auf der Basis des Landes mit der geringsten Förderung je Fall rd. drei Viertel der Investitionspauschale auf die Krankenkassen übertragen werden. Dies wäre ein noch deutlicherer Schritt hin zur Monistik, wobei allerdings noch zu klären ist, wie der GKV-PKV-Dualismus berücksichtigt wird. (*Beitrag Augurzky*)

### **Zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung**

Parallel zur laufenden Finanzierungsdiskussion in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden verstärkt Fragen der Sicherstellung diskutiert. Für den stationären Sektor werden von den Krankenhäusern nicht besetzbare Arztstellen bemängelt, auf der anderen Seite verweisen die internationalen Vergleichsdaten nach wie vor auf eine hohe Bettendichte mit Unterauslastung, der Abbau von Überkapazitäten kommt vergleichsweise langsam voran. Im Bereich der haus- und fachärztlichen Versorgung findet sich ebenfalls eine im internationalen Vergleich üppige Ausstattung, gleichwohl bestehen Strukturprobleme. Während in vielen Bedarfsplanungsregionen bei den meisten Arztgruppen eine Überversorgung besteht, gibt es auch ländliche Gebiete mit rückläufigen Bevölkerungszahlen, in denen die Sicherstellung der medizinischen Versorgung nicht ausreichend gewährleistet ist. Sind sich die Akteure auf Seiten der Leistungserbringer und Kostenträger noch weitgehend darin einig, die Einführung einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung zu fordern, die sich am tatsächlichen Leistungsbedarf orientiert, so variieren die konkreteren konzeptionellen Vorstellungen massiv, wenn es darum geht, wer in welchem Umfang die Sicherstellung wahrnimmt, inwieweit tatsächlich Sektorgrenzen in der Versorgung überwunden werden, in welchem Umfang echter Vertragswettbewerb mit Lockerung des Kontrahierungszwangs zugelassen wird und wie die Ausgestaltung der Anreizsetzungen auf der Vergütungsseite erfolgt. (*Beitrag Schönbach/Wehner/Malzahn*)

### **Wo in Deutschland sollen Krankenhäuser stehen? Ein methodischer Vorschlag zur Optimierung der Erreichbarkeit**

Die heutige gesetzliche Bedarfsplanung im Krankenhaussektor basiert auf der Fortschreibung vergangenheitsbezogener Werte. Dabei finden Qualitätsaspekte, Fragen der Erreichbarkeit etc. kaum Berücksichtigung. Der vorliegende Beitrag skizziert ein erstes Modell, das auf den empirischen Daten über die räumliche Inanspruchnahme von stationären Leistungen basiert. Vorgestellt wird das Modell anhand von zwei regionalen Beispielen, dem Ruhrgebiet und dem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. Mit Blick auf die Nichtüberschreitung bestimmter Wegezeiten werden in diesem Modell algorithmisch versorgungsnotwendige Krankenhausstandorte bestimmt. Eine derartige Modellbildung bezogen auf die Erreichbarkeit von Krankenhäusern kann grundsätzlich um weitere Parameter, z. B. Qualitäts-, Sicherstel-

lungs- oder Wettbewerbsvorgaben, ergänzt werden – je nach den zu setzenden normativen Zielsetzungen der Planung. Aufgezeigt wird mit dieser ersten Modellbildung, wie die Krankenhausplanung grundsätzlich auf eine neue methodische Grundlage gestellt werden kann. (*Beitrag Längen/Büscher*)

### **Konturen künftiger Psych-Entgelte**

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ist der Auftrag zur Entwicklung eines neuen Entgeltsystems für psychiatrische Leistungen ergangen. Die Vorgehensweise bei dieser Entwicklung wie auch die bereits festgelegten Grundzüge des Systems selbst weisen deutliche Parallelen zur Einführung des G-DRG-Systems auf, auch wenn Tages- statt Fallpauschalen vergütet werden sollen. Als substantieller Streitpunkt hat sich bisher vor allem die Erweiterung des Prozedurenschlüssels (OPS) durch das DIMDI erwiesen. Die bestehenden OPS sind deutlich inputorientiert, eine ergebnisbezogene Definition kommt dabei zu kurz. Ein Entgeltsystem auf dieser Grundlage liefe Gefahr, einen Anreiz zu einer Inputmaximierung zu setzen. Ebenso spielt – anders als im Fallpauschalensystem für den somatischen Bereich – der Zeitbezug in der Psychiatrie eine große Rolle. Hier bietet sich möglicherweise an, die Entgelte auf den bei psychiatrischen Behandlungen feststellbaren Wochenrhythmus zu beziehen. Die anstehenden Entwicklungsschritte im Bereich der Kodierung und Kalkulation werden die Transparenz des psychiatrischen Leistungsgeschehens deutlich verbessern. Parallel wird die ordnungspolitische Debatte zum Vergütungsrahmen einsetzen. (*Beitrag Haas/Leber*)

## **Krankenhauspolitische Chronik, Daten und Analysen, Directory**

### **Die Krankenhausbudgets 2008 und 2009 unter dem Einfluss des KHRG**

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ist eine ganze Reihe von Regelungen wirksam geworden, die Auswirkungen auf die Krankenhausbudgets haben. Tatsächlich sind die Budgets zwischen 2008 und 2009 stark angewachsen, was direkt auf eine Reihe von Maßnahmen im Rahmen des KHRG zurückgeführt werden kann. Aber auch in anderer Hinsicht hatte das KHRG Einfluss auf die Krankenhausfinanzierung, denn das späte Inkrafttreten und die weiten Interpretationsspielräume der Regelungen haben eine prospektive Verhandlungsführung behindert. 2009 wurden Vereinbarungen dementsprechend deutlich später geschlossen als im Jahr zuvor. Um die sich abzeichnenden Budgetsteigerungen abzumildern, hat der Gesetzgeber im Nachgang zum KHRG eine Reihe von begrenzenden Maßnahmen erlassen. Diese waren allerdings auf das Jahr 2009 beschränkt. Da die Regelungen des KHRG fortwirken, ist die Tendenz zur Budgetausweitung nur vorübergehend gebremst. (*Beitrag Kramer/Leclerque/Friedrich*)

Wie gewohnt beinhaltet der Krankenhaus-Report auch in diesem Jahr wieder die **Krankenhauspolitische Chronik** (*Beitrag Burmann*). Sie umfasst alle wichtigen Ereignisse im Krankenhausbereich und schreibt damit die Chronik aus den vorangegangenen Ausgaben des Reports fort. Die vollständige Chronik seit dem Jahr 2000 ist über das Internetportal verfügbar.

Der Teil „Daten und Analysen“ enthält wie in jedem Jahr **Beiträge auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes**. Diese Beiträge geben zum einen einen fundierten Überblick über die Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser (*Beitrag*

*Böhl*). Darüber hinaus wird sowohl auf Basis der Diagnosestatistik der Krankenhäuser (*Beitrag Schelhase*) als auch basierend auf der fallpauschalenbezogenen Statistik nach § 21 KHEntgG (*Beitrag Spindler*) die Entwicklung der Diagnosen und Prozeduren in den vergangenen Jahren nachgezeichnet.

Das **Krankenhaus-Directory** verzeichnet in diesem Jahr neben Eckdaten aus den Budgetvereinbarungen auch Informationen zur Qualität von Behandlungsergebnissen für drei Leistungsbereiche der Endoprothetik auf der Basis des QSR-Verfahrens (Qualitätssicherung mit Routinedaten). Dargestellt werden so Grunddaten, Leistungsmengen, Preise und Qualitätsparameter für insgesamt rd. 1 600 Krankenhäuser.