



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

**DIE DRG-EINFÜHRUNG IN DEUTSCHLAND UND DIE
AUSWIRKUNGEN AUF ARBEITSBEDINGUNGEN UND
VERSORGUNGSQUALITÄT IM KRANKENHAUS**

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: Susanne Wunder

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2012-0446-2

Betreuer: Prof. Dr. Roman F. Oppermann

Zweitbetreuer: Herr Mathias Fünfstück

Tag der Einreichung: 08.06.2012

Methodische Vorgehensweise

Die methodische Vorgehensweise dieser Bachelorarbeit basiert größtenteils auf einer Literaturstudie. Unter Beachtung der einleitenden Fragestellung zum Thema begann die Suche nach passender Literatur folgendermaßen:

Die Recherche nach geeigneter Literatur begann in der Bibliothek Neubrandenburg unter den Suchbegriffen: DRG Einführung, DRG in Deutschland, Auswirkungen der DRGs, Versorgungsqualität, Entlassungsmanagement, Qualität im Krankenhaus.

In der Bibliothek fand sich eine vielfältige Auswahl an Literatur. Im Hinblick auf die Tatsache, dass die Auswirkungen der DRGs ein wichtiger Teil in dieser Arbeit sein sollten, wurde der Fokus auf sehr aktuelle Literatur gesetzt.

In Kombination mit den zahlreichen Gesetzen zur DRG-Einführung;

- SGB V
- KHG
- KHEntgG
- den Kodierrichtlinien u.a.

sowie eine Ausweitung der Literaturrecherche auf nachfolgende Online-Datenbanken sowie im Quellenverzeichnis aufgelistete Internetadressen lag eine große Auswahl von geeignetem Material vor, welches zur Bearbeitung dieses Themas genutzt wurde.

- G-drg.de
- Dkgev.de
- Gbe-bund.de
- gkv-spitzenverband.de
- Destatis.de
- Dimdi.de

Aufgrund der hohen Komplexität des DRG-Systems und seiner Abrechnungsregeln kann im Rahmen dieser Arbeit keine umfassende Darstellung des Themas erfolgen, sondern nur eine Aufführung der wichtigsten Aspekte der Systematik und ihrer Folgen stattfinden.

Abkürzungsverzeichnis

CMI	Case-Mix-Index
CCL	Complication-Level
CNHDRC	China National Health Development Research Center
DRG	Diagnosis Related Groups
FPG	Fallpauschalengesetz
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
G-DRG	German-DRG
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD-10-GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision, German Modification
KHentgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MDC	Hauptdiagnosegruppe
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
SGB	Sozialgesetzbuch

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
1. Einführung in den Krankenhausesektor.....	6
1.1 Kennzahlen.....	6
1.2 Krankenhausstrukturen.....	7
1.3 Krankenhausleistungen.....	8
1.4 Krankenhausfinanzierung.....	9
2. Einführung in die DRG-Systematik.....	10
2.1 Begriffsklärung DRG und Berechnungsgrundlagen	10
2.2 Geschichte und Entwicklung der DRGs.....	14
2.3 DRG System in Deutschland (G-DRG).....	15
2.4 Gesetzliche Rahmenbedingungen.....	16
2.5 Ziele und Anreize.....	17
3. Auswirkungen der DRGs.....	20
3.1 Einfluss auf Arbeitsbedingungen.....	21
3.1.1 Arbeitsbelastungen der Pflegekräfte.....	21
3.1.2 Veränderungen durch das DRG-System.....	22
3.2 Einfluss auf Versorgungsqualität.....	25
3.2.1 Definition von Qualität im Krankenhaus.....	25
3.2.2 Dimensionen der Qualität im Krankenhaus	25
3.2.3 Qualitätssicherung im Krankenhaus.....	27
3.2.4 Entlassungsmanagement.....	28
Zusammenfassung und Ausblick.....	31
Literaturverzeichnis.....	33
Abbildungsverzeichnis.....	37
Anhang.....	38

Einleitung

In den vergangenen Jahrzehnten rückte das Deutsche Gesundheitswesen vermehrt durch seine Schwachstellen und Defizite in den Fokus der Aufmerksamkeit. Die steigenden Gesundheitsausgaben, begründet durch die demografischen Entwicklungen, das veränderte Krankheitsspektrum und den medizintechnischen Fortschritt, sind nur eines der Probleme mit denen das deutsche Gesundheitswesen zu kämpfen hat. Mangelhafte Effizienz, Intransparenz des Leistungsgeschehens, fehlender Wettbewerb sowie defizitäre Strukturen und unzureichende Abstimmung unter den Akteuren sind weitere Kritikpunkte am deutschen System (Vgl. Straub, C in Rau F. (2009) S. 373).

Um eine sogenannte „Kostenexplosion“ zu verhindern und die GKV-Ausgaben zu stabilisieren folgte in der jüngsten Vergangenheit eine Kostendämpfungsreform der anderen, meist jedoch mit wenig langanhaltenden Effekten (Vgl. Straub, C in Rau F. (2009) S. 373).

Mit einem Betrag von 58,8 Mrd. Euro, fast einem Drittel der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, stellen die stationären Leistungen nach wie vor den größten Kostenblock dar (Vgl. Hoberg, R. in Rau, F. (2009) S. 337). Dies begründet auch die Tatsache, dass Krankenkassen diesem Ausgabenbereich im Sinne der Beitragsstabilität höchste Aufmerksamkeit schenken (Vgl. Hoberg, R. (2009) in Rau, F. S.337). „Für den ausgabenintensivsten Leistungsbereich der GKV, den Krankenhaussektor, war daher die Einführung eines durchgängigen pauschalierenden Entgeltsystems vorgesehen“ (Wöhrmann in Weibler (2005) S. 29). Die Einführung der „Diagnosis Related Groups“ (DRGs), einem Diagnosebezogenen Fallpauschalensystem für den stationären Sektor, kann als die umfassendste strukturverändernde Reform im Krankenhausbereich bezeichnet werden. Das bis zur Umstellung bestehende Entgeltsystem rief bei den Krankenhäusern Fehlanreize hervor, es mangelte an Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsorientierung (Vgl. Rutz, S. (2006) S. 47 ff.). Die jahrelange Vergütung auf der Basis von Tagessätzen hatte dazu geführt, dass die Verweildauer in deutschen Krankenhäusern deutlich über dem europäischen Durchschnitt lag (Vgl. Adomeit, Alin (o.J.)). Durch die DRGs

sollten die Überkapazitäten abgebaut werden; sowohl die überdurchschnittlich hohe Verweildauer als auch die Bettenzahl und die Zahl der Untersuchungen sollten reduziert und zukünftig auf das Nötigste beschränkt werden (Vgl. Braun, B. in Rau, F. (2009) S. 61f.).

Mit der Einführung der DRGs, einem Patientenklassifikationssystem, zum 01.01.2004 wurde ein großer Schritt in Richtung zur Modernisierung des Gesundheitswesens bewältigt. Nach Simon, M. (2000: S.2) war es eine Systemumstellung mit „Potential für tiefgreifende Veränderungen im Krankenhausbereich“. Die Hoffnung bestand darin, durch die Fallpauschalen mehr Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität zu erlangen und Strukturveränderungen herbeizuführen (Vgl. Müller, T. (2009) S. 12).

Deutschland passte sich damit dem internationalen Trend an nach einem Pauschalssystem, einer prospektiven Vergütungsform, zu vergüten (Vgl. Lungen, M. (2002) S. 35). Mit der Einführung dieser Fallpauschalen wird heute nicht mehr Liegezeit der Patienten sondern die tatsächlich erbrachte Leistung der Krankenhäuser vergütet (Vgl. Hollick, J. (2005) S.7).

Diese Arbeit soll thematisieren, von welchen zahlreichen Erwartungen und Befürchtungen die Umstellung im Deutschen System begleitet wurde und welche Auswirkungen auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege bis heute empirisch festgestellt wurden. Ob das DRG-System für Deutschland mehr Chancen und Vorteile gebracht hat oder zu viele Risiken in sich trug auf die das Gesundheitswesen noch nicht vorbereitet war, versuche ich im Folgenden aufzugreifen. Zunächst werden der Krankenhaussektor und das DRG-System im Allgemeinen vorgestellt. Daran anschließend wird auf die wichtigsten Änderungen eingegangen, die sich seit Einführung der DRGs im System ergeben haben.

1. Einführung in den Krankenhaussektor

Der Krankenhaussektor ist einer der Kernbereiche des Gesundheitswesens.

Gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sind Krankenhäuser „Einrichtungen in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“ (§2 KHG). Um die Bedeutung dieses Sektors hervorzuheben werden zunächst einige wichtige Daten über die deutsche Krankenhauslandschaft aufgezeigt.

1.1 Kennzahlen

In Deutschland stehen derzeit etwa 2064 Krankenhäuser mit insgesamt 502 749 Betten zur Verfügung. Das entspricht 615 Betten je 100.000 Einwohner. Im Jahr 2010 gab es über 18 Millionen Krankenhaufälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,9 Tagen und einer Bettenauslastung von 77,4 % (Statistisches Bundesamt, 2010).

Die Trends der vergangenen Jahre setzen sich aktuell weiter fort. So verringert sich sowohl die Zahl der Krankenhäuser (aufgrund des zunehmenden Wettbewerbs) als auch die Zahl der Betten (aufgrund der sinkenden Verweildauer) (Vgl. Keller, T. (2011) S.6).

Während die Fallzahl im Vergleich zu den Vorjahren weiter gestiegen ist, sinkt die durchschnittliche Verweildauer kontinuierlich weiter. So lag die durchschnittliche Verweildauer 1991 noch bei 14 Tagen, 1999 bei 9,9 Tagen und im Jahr 2010 ist sie weiter auf 7,9 Tage gesunken (Vgl. Statistisches Bundesamt, 2010).

Zur Veranschaulichung dient die Abbildung 4 im Anhang. Darin ist zu erkennen wie sich die Fallzahl, die Bettenzahl, die Bettenauslastung sowie die Verweildauer von 1991 bis 2010 prozentual verändert haben.

Nach Weibler/Zieres (2005: S.9) gilt das Krankenhaus „gemeinhin als teuerster Bereich von Krankenversorgung und Krankenversicherung“

Die Personalkosten sind mit durchschnittlich 60% der größte Teil der Betriebskosten eines Krankenhauses. Es folgen Sachkosten mit 39% und Sonstige Kosten (Zinsen) mit 1 % der Ausgaben (Vgl. AOK Internetquelle).

Im Krankenhaussektor sind etwa 1,1 Millionen Mitarbeiter beschäftigt, mehr als in allen anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Mit dieser großen Zahl an Beschäftigten zählen Krankenhäuser zu den bedeutendsten Arbeitgebern in Deutschland (Vgl. Simon, M. (2010) S. 269).

Mit 70 Milliarden Euro Umsatz im Jahr sind die deutschen Krankenhäuser außerdem ein sehr bedeutender Wirtschaftsfaktor (Vgl. DKG Internetquelle).

Alle Entscheidungen zur Umstrukturierung des Krankenhausmarktes sollten daher stets auch im gesamtwirtschaftlichen Interesse sein.

1.2 Krankenhausstrukturen

Entsprechend der Trägerschaft werden Krankenhäuser unterteilt in

- Öffentliche Krankenhäuser (derzeit 30,5% aller Krankenhäuser mit sinkender Tendenz)
- Freigemeinnützige Krankenhäuser (derzeit 36,6% aller Krankenhäuser mit ebenfalls sinkender Tendenz)
- Private Krankenhäuser (derzeit 32,9% aller Krankenhäuser mit steigender Tendenz)

(Vgl. DKG Internetquelle)

Die Anteile der Trägergruppen haben sich zwischen 1991 und 2007 deutlich verändert. So waren die privaten Krankenhausträger die Gewinner der Entwicklungen der letzten Jahre und konnten ihre Krankenhauszahl um 60% und die Zahl der Betten um fast 200% steigern (Vgl. Simon, M. (2010) S.268).

Eine Unterscheidung nach Krankentypen lässt folgende Einteilung zu:

- Allgemeine Krankenhäuser
- Sonstige Krankenhäuser
- Bundeswehrkrankenhäuser

Ebenfalls erfolgt eine Gliederung nach Art der Zulassung und der dadurch entstehenden Förderung.

Darüber hinaus werden Krankenhäuser in der Krankenhausplanung nach der Versorgungsstufe differenziert. Je nach Einrichtungsgröße, Vielzahl der Fachstationen und Gesamtbettzahl übernehmen Krankenhäuser die Aufgabe der Grund-, Regel-, Schwerpunkt-, oder Maximalversorgung (Vgl. Ziesche, A. (2008) S.37).

Die innere Organisation ruht in der Regel auf den drei Säulen: dem Ärztlichen Dienst, dem Pflegedienst und dem Verwaltungs- und Wirtschaftsdienst. Jede hat eine eigene Führung, die sich in der Krankenhausleitung vereinigt. Folgende Abbildung stellt die typische Organisationsstruktur dar.

Abbildung 1: Organisationsstruktur im Krankenhaus



Quelle: eigene Darstellung nach Ziesche, A. (2009) S. 37 f.

1.3 Krankenhausleistungen

Nach § 70 SGB V müssen Krankenhäuser „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“. Die Krankenhausbehandlung wird voll- und teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht (§39 Abs. 1 SGB V). Wobei nur von etwa

jedem fünften Krankenhaus alle der möglichen Behandlungsarten geleistet werden (Vgl. Repschläger, U. in Rau, F. (2009) S.361).

GKV- Versicherte haben einen gesetzlichen Anspruch auf Krankenhausbehandlung, sofern diese erforderlich ist und das Behandlungsziel nicht durch andere Versorgungsformen erreicht werden kann (§39 Abs. 1 SGB V). Die Aufnahme in ein Krankenhaus erfolgt entweder aufgrund einer Vertragsärztlichen Verordnung oder im Notfall über die Notaufnahme des Krankenhauses (Vgl. Simon, M. (2010) S. 279).

Krankenhausversorgung soll heute nicht mehr nur im medizinisch-pflegerischen Sinne effektiv und effizient sein, sondern darüber hinaus auch subjektive Erwartungen der Patienten erfüllen und damit zu deren Zufriedenheit und allgemeiner Lebensqualität beitragen (Vgl. Pelikan, J. (1999) S.10).

1.4 Krankenhausfinanzierung

Die bereits genannten Ausgaben des Krankenhauses werden seit 1972 durch das duale Finanzierungssystem gedeckt (Vgl. Rutz, S. 2006) S.21).

Charakteristisch für die duale Finanzierung ist die Trennung der Kosten in Investitionskosten und Betriebskosten. Die Investitionskosten eines Krankenhauses werden von dem entsprechenden Bundesland aufgebracht, sofern das Krankenhaus in dem Krankenhausplan und dem Investitionsprogramm des Bundeslandes aufgenommen ist. Die Betriebskosten dagegen werden beitragsfinanziert von den Krankenkassen über das pauschalierte Entgeltsystem (DRGs) gedeckt (Vgl. Weibler/Zieres (2005) S.10.). „Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, dass 1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie 2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen [...] sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten“ (§4 KHG).

Die Fallpauschalen sind für alle Patienten (GKV-Versicherte sowie Privatversicherte) einheitlich. Nur Wahlleistungen, also Leistungen die über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen, werden gesondert über Wahlleistungsentgelte in Rechnung gestellt (Vgl. Simon, M. (2010) S. 299). Dadurch können Krankenhäuser zusätzliche Einnahmen erzielen.

2. Einführung in die DRG-Systematik

Im folgenden Abschnitt werden die Grundlagen der DRG-Systematik erläutert, ein kurzer Rückblick auf die historische Entwicklung dieses Systems vorgenommen und anschließend die DRG-Entwicklung in Deutschland verdeutlicht. Es wird aufgezeigt, welche Anreize und Ziele mit einem Fallpauschalensystem verfolgt werden und welche eventuellen Nachteile es mit sich bringt.

2.1 Begriffsklärung DRG und Berechnungsgrundlagen

Der Begriff DRG „Diagnosis Related Groups“ kann als Diagnosebezogene Fallgruppen übersetzt werden und ist die Basis für die Finanzierung, Budgetierung und Abrechnung im Krankenhaus (Vgl. Müller, T. (2009) S.13). Das Prinzip der Gruppierung besteht darin, diejenigen Fälle im Krankenhaus zusammen zu fassen, die in Bezug auf den diagnostischen, therapeutischen und versorgungstechnischen Aufwand von Beginn bis zum Ende des Krankenhausaufenthalts einen ähnlichen Ressourcenverbrauch aufweisen und dadurch weitgehend kostenhomogen sind (Vgl. Hollick, J. (2005) S.10). Jeder Patient wird während der stationären Behandlung einer Fallgruppe zugeordnet. Die Berechnung der DRG erfolgt auf Grundlage der kodierten Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen), Prozeduren, der Verweildauer, der Entlassungsart und den demographischer Patientendaten. Die relevanten demografischen Merkmale sind: Alter, Geschlecht, Aufnahmegewicht, Verweildauer, Status der Verweildauer ein Belegungstag, Dauer der maschinellen Beatmung, Aufnahmearbeit, Aufnahmegrund und Entlassungsgrund (Vgl. Simon, M. (2010) S.302). Der aufwändige Berechnungsprozess wird als „Grouping“=Gruppierung bezeichnet und wird von dem „Grouper“, einer Computersoftware, durchgeführt (Vgl. Müller, T. (2009) S.13).

Die Hauptdiagnose wird in den Deutschen Kodierrichtlinien definiert als „Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“ Die Nebendiagnose wird dagegen definiert als „Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich

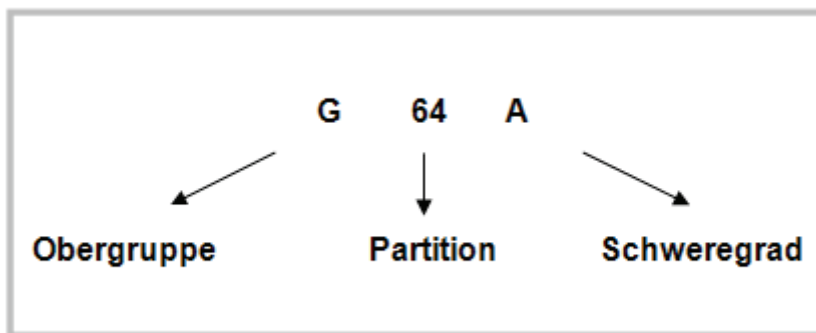
während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt“ (Deutsche Kodierrichtlinien 2012). Charakteristisch für Nebendiagnosen sind der zusätzliche Aufwand bei Diagnostik, Therapie oder Pflege (Vgl. Müller, T. (2009) S. 58). Beispiele dafür sind Begleiterkrankungen wie Hypertonie und Diabetes.

Grundlage der Diagnoseverschlüsselung ist die ICD-10-GM, die Internationale Klassifikation von Krankheiten und Gesundheitsproblemen.

Die DRG-Fallpauschale setzt sich grundsätzlich aus drei Teilen zusammen.

Einem Großbuchstaben, einer zweistelligen Ziffer und einem weiteren Großbuchstaben (Vgl. Hollick, J. (2005) S. 19).

Abbildung 1: Codierungsbeispiel



Quelle: eigene Darstellung nach Müller, T. (2009) S. 89

Die Zuweisung der DRG zu einem Behandlungsfall erfolgt in vier Schritten. Zunächst wird die Obergruppe (MDC-Gruppe/Hauptdiagnose-Kategorie) ermittelt, die sich grundsätzlich auf ein Organsystem oder eine Erkrankungsursache bezieht (Vgl. Müller, T. (2009) S. 89). Das **G** in der Grafik steht beispielsweise für die Hauptgruppe „Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane“. Im deutschen DRG –System gibt es 25 Obergruppen mit 23 MDCs, einer Pre-MDC und einem Fehler-DRG (Schiller, N. (2006) S.14). Die Pre-MDC wird für Ausnahmefälle verwendet, die besonders hohe Kosten verursachen (Vgl. Peters, J. (2003) S. 42). Die Fehler-DRG findet Anwendung bei fehlender Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung. Der Fall wird dann über die Fehler-DRG ausgesondert (Vgl. Simon, M. (2010) S. 304).

Der zweite Schritt ist die Zuordnung einer Partition, welche für die Art der Behandlung steht. Hier stehen die Ziffern 01-39 für eine Operative Behandlung, die

Ziffern 40-59 für Andere/Sonstige Behandlungen und die Ziffern 60-99 stehen für Medizinische Behandlungen (Vgl. Müller, T. (2009) S.92).

Der dritte Teil der DRG-Nummer sagt etwas über den Schweregrad eines Behandlungsfalls aus und spiegelt den Aufwand bzw. den Ressourcenverbrauch für die Behandlung wieder. Dabei spielen die Nebendiagnosen eine Rolle. Jede Nebendiagnose enthält einen Komplikationswert (CCL). Dieser Wert kann die Werte von 0 bis 4 annehmen. Der Wert 0 steht für keinerlei Komplikation wogegen 4 eine sehr schwerwiegende Begleiterkrankung bzw. Komplikation bedeutet. Der Schweregrad wird aus den einzelnen CCLs ermittelt. Dieser wird dann PCCL genannt (Vgl. Schiller, N. (2006) S. 14 f).

Der Schweregrad kann dann durch folgende Buchstaben beschrieben werden.

A = Höchster Ressourcenverbrauch

B= Zweithöchster Ressourcenverbrauch

C= Dritthöchster Ressourcenverbrauch

D= Vierthöchster Ressourcenverbrauch

Z= Für DRGs ohne Nebendiagnosen (Vgl. Schiller, N. (2006) S.15)

Anhand des PCCL kann ermittelt werden, wie hoch die Personal- und Sachkosten sind, die für einen Patienten entsprechend dem Schweregrad verbraucht werden (Vgl. Hollick, J. (2005) S.24).

Jeder DRG wird ein Relativgewicht zugeordnet (Vgl. Lungen, M. (2002) S.18).

Das Relativgewicht (auch als Kostengewicht bezeichnet) ist der entscheidende Faktor für die Entgeltberechnung. Das Relativgewicht mit dem Wert von 1,0 entspricht den nationalen Durchschnittsfallkosten in der zugehörigen Fallpauschale. Ist der Faktor größer als 1, liegt ein erhöhter Aufwand vor und bei einem Faktor kleiner als 1 ein unterdurchschnittlicher Aufwand (Vgl. Müller, T. (2009) S.97).

Die Leistungsmessung im Krankenhaus erfolgt dann anhand eines Case-Mix.

Der Case-Mix entspricht der Summe der Kostengewichte aller Behandlungsfälle.

Der Case-Mix Index (CMI) lässt sich errechnen in dem man den Casemix durch die Anzahl der Behandlungsfälle teilt. Dabei ergibt sich der durchschnittliche Aufwand der Behandlungsfälle (Vgl. Fischer, W. (2002) S. 50). Je höher die CMI eines Krankenhauses oder einer Abteilung ist, umso höher ist die durchschnittliche

Kostenaufwendung der Fälle. Durch den CMI sind Vergleiche zu anderen Kliniken schneller durchführbar (Vgl. Hollick, J. (2005) S.25, 89).

Das Krankenhausbudget wird letztendlich aus dem Produkt des Casemix, der Fallzahl und dem krankenhausesindividuellen Basisfallwert ermittelt. Der Basisfallwert ist der Erlös für eine Behandlung (Vgl. Rutz, S. (2006) S. 163).

Im System bestehen noch immer zahlreiche Abweichungen vom Grundsatz „gleicher Preis für gleiche Leistung“. Zum einen sind die Basisfallwerte in den Bundesländern unterschiedlich hoch und auch die gesetzlich festgelegten Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG fördern die Ungleichheit unter den Krankenhäusern.

Die Komplexität der DRG-Systematik wird an dieser Stelle bereits deutlich und erhöht sich mit den Regelungen der Zu- und Abschläge, auf die im Folgenden kurz eingegangen wird.

Zu- und Abschläge

In der Fallpauschalenvereinbarung 2005 wurde die diagnosebezogene Liegedauer neu definiert. Es wurde eine obere und untere Grenzverweildauer („Langlieger“ und „Kurzlieger“) bestimmt um den Anreiz zu setzen, Patienten nicht zu früh zu entlassen. Bei einer zu frühen Entlassung folgen demnach Abschläge und bei einer Überschreitung der Grenze, also einer zu späten Entlassung, folgen Zuschläge (Vgl. Braun, B. (2010) S. 37).

Bei Verlegung des Patienten in ein anderes Krankenhaus werden für das verlegende und auch für das aufnehmende Krankenhaus Abschläge berechnet, wenn die mittlere Verweildauer unterschritten wurde. Darüber hinaus wird nach Müller, T. (2009: S.104 f.) bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus, unter einer der folgenden Bedingungen eine Fallzusammenführung vorgenommen und nur dieser eine Fall vergütet;

- Bei Wiederaufnahme innerhalb der Grenzverweildauer und gleicher DRG
- Bei Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen ab erstem Aufnahmedatum und gleicher Hauptdiagnose
- Bei Wiederaufnahme innerhalb der Grenzverweildauer bei Komplikationen

2.2 Geschichte und Entwicklung der DRGs

Das System der DRGs wurde Ende der 60 Jahre von Wissenschaftlern an der Yale Universität in den USA entwickelt. Ziel war es, ein Instrument zu entwickeln, das Qualität, Kosten und Nutzen von Krankenhausleistungen in ein sinnvolles Verhältnis setzen und gleichzeitig mehr Transparenz für die Kostenträger schaffen konnte (Hollick, J. (2005), S.14). Ab 1983 wurden die weiterentwickelten Fallgruppen in den USA erstmals zur Eingruppierung von Versicherten über 65 Jahren verwendet. Das Prinzip vergleichbare medizinische Fälle mit ähnlichen Kosten in Gruppen zusammenzufassen erwies sich als hilfreich und führte zu der Idee, dies zu Grundlage einer pauschalen Vergütung zu machen (Vgl. Hollick, J. (2005), S.14). In New York wurde beschlossen, ein DRG-System auf alle stationären Patienten anzuwenden. Daraufhin wurde das All Patient-DRG-System (AP-DRGs) entwickelt und 1988 eingeführt (Vgl. Peters, J. (2003) S. 41).

Das Fallpauschalensystem bzw. das prospektive Finanzierungssystem ist heute weltweit verbreitet. Neben Australien, Japan, Russland, Südafrika und den USA findet es in zahlreichen europäischen Ländern bereits seit vielen Jahren Anwendung (Vgl. Schiller, N. (2006) S. 12). Jedoch ist Deutschland das erste Land, in dem die Vergütung für alle Patienten und Leistungen umgestellt wurde (Vgl. Braun, B. (2010) S. 45).

Die Selbstverwaltungspartner wählten das australische DRG-System als Grundlage für Deutschland, welches als G-DRG (German-DRG) speziell für Deutschland angepasst und weiterentwickelt werden sollte (Vgl. Lungen, M. (2002) S. 36). „Im Vergleich zu anderen [...] fiel das australische System insbesondere durch die zutreffendste medizinische Differenzierung und die Fähigkeit, medizinischen Fortschritt abzubilden, positiv auf.“ (Fiori, W. in Rau, F. (2009) S. 155)

Für die Systementwicklung wurde das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) gegründet (Vgl. Simon, M. (2010) S. 313). Seitdem wurden zahlreiche Konzepte zur inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung des G-DRG Systems entwickelt. Im internationalen Vergleich ist ein einzigartiges System entstanden.

2.3 DRG-System in Deutschland (G-DRG)

Die Implementierung des Fallpauschalensystems war gleichzeitig die Ablösung des seit 1995 aufgebauten Mischsystems, welches sich aus Basispflegesätzen, Abteilungspflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten zusammensetzte (Vgl. Weibler/Zieres (2005), S.28). Zuständige Vertragspartner waren die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), die sich darauf einigten die australischen AR-DRGs (Australian Refined Diagnosis Related Groups) als Grundlage für die Entwicklung eines deutschen DRG-Systems zu verwenden und zum 1. Januar 2003 flächendeckend einzuführen (Vgl. Weibler/Zieres (2005) S. 28 f.). Die DRG-Einführung erfolgte über mehrere Jahre und mehrere inhaltliche Etappen. Zunächst war für 2003 ein freiwilliger Umstieg der Krankenhäuser geplant, woran sich der Pflichtumstieg aller Krankenhäuser ab dem 01.01.2004 anschloss (Vgl. Braun/Müller/Timm (2004) S.23).

Die Umstellung von krankenhausspezifischen Vergütungen auf landesweit einheitliche Preise erfolgte schrittweise in den Jahren 2003 bis 2008 im Rahmen einer „Konvergenzphase“. Ab dem 1. Januar 2009 sollten in allen Bundesländern landesweit einheitliche Fallpauschalen gelten, was jedoch um ein Jahr nach hinten verschoben werden musste (Vgl. Simon, M. (2010) S. 260). Die landesweit einheitlichen Preise sollten dann ab 2010 wiederum schrittweise zu einem bundesweit geltenden Durchschnittswert zusammengeführt werden. Seitdem gelten die Fallpauschalen für alle medizinischen Fachbereiche des Krankenhauses, mit Ausnahme der Psychiatrie (Vgl. Hollick, J. (2005) S.18). Für die Bereiche Psychiatrie und Psychotherapie ist für das Jahr 2013 eine Einführung des pauschalen Vergütungssystems geplant (§17d Abs. 4 KHG).

Die wichtigsten Etappen der DRG-Einführung werden in der Abbildung 5, dem Fahrplan der DRG-Einführung, im Anhang sehr gut deutlich.

2.4 Gesetzliche Rahmenbedingungen

An dieser Stelle folgt eine Darstellung der relevanten gesetzlichen Rahmenbedingungen des G-DRG-Systems. Im Rahmen des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Einführung eines „durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems für die Vergütung von Krankenhausleistungen“ im § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) geregelt (Vgl. Weibler/Zieres (2005) S.28).

Die wichtigsten gesetzlichen Ausführungen zu den DRGs finden sich in dem § 17b und dem §18 des Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), sowie dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) dem Fallpauschalengesetz (FPG) und den Fallpauschalenänderungsgesetzen (FPÄndG) (Vgl. Weibler/Zieres (2005), S.29).

Die Fallpauschalenvereinbarung (FPV) ist jährlich zu treffen und beinhaltet alle Einzelheiten der Abrechnung von Fallpauschalen und als Anhang den jeweils geltenden Fallpauschalenkatalog sowie einen Zusatzentgelte-Katalog. In letzterem ist vereinbart, für welche Leistungen krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte vereinbart werden können (Vgl. Simon, M. (2010) S. 299).

Die Deutschen Kodierrichtlinien regeln die notwendige Kodierung der Krankenhaushfälle (Weibler/Zieres (2005) S. 53).

„Die Kodierrichtlinien werden regelmäßig überarbeitet, um den medizinischen Fortschritt, Ergänzungen der klinischen Klassifikationen, Aktualisierungen des deutschen DRG-Systems und Kodiererfahrungen aus der klinischen Praxis zu berücksichtigen“ (Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2012).

Darüber hinaus wurde gesetzlich festgelegt, dass eine DRG-Folgenforschung durchgeführt werden soll. In §17b Abs. 8 Satz 1 KHG lautet es:

„Die Vertragsparteien nach Absatz 2 [die Selbstverwaltungspartner] führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung durch; dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen.“ Der Evaluation des neuen Systems hinsichtlich der Auswirkungen und

Veränderungen der Versorgungsstrukturen und –qualität wurde damit eine wichtige Bedeutung zugeteilt.

Daneben wurde eine ständige Weiterentwicklung der Entgeltkataloge gesetzlich geregelt. Das DRG-Institut InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) legt gemäß §21 KHentgG seit 2005 jährlich einen Bericht zur Weiterentwicklung vor.

2.5 Ziele und Anreize

Mit Einführung der DRGs verfolgte der Gesetzgeber eine Reihe von Zielen, unter anderem die folgenden wichtigen Punkte:

- Verkürzung der Verweildauer
- Steigerung der Wirtschaftlichkeit
- Verbesserung der Qualität
- Erhöhung der Transparenz über Leistungen und Kosten
- Mehr Wettbewerb unter den Krankenhäusern
- Überwinden der Sektorengrenzen

(Vgl. Gaß, G. in Weibler (2005) S. 67)

Als oberstes Ziel ist eine erhöhte Wirtschaftlichkeit, eine Kostenreduktion bei gleich bleibender oder sogar steigender Versorgungsqualität, zu nennen (Vgl. Braun, B. (2010) S. 39).

Um dies zu erreichen müssen einerseits die Fallkosten reduziert werden. Dies geschieht heute durch eine immer kürzer werdende Verweildauern.

Daneben sind die Personalkosten der größte Ausgabenblock für Krankenhäuser, d.h. Personal, speziell Pflegekräfte werden als „diejenigen Träger variabler Kosten betrachtet, über die Einsparpotentiale realisiert werden können“ (Braun, B. (2010) S.49). Weitere Reduktionen der Krankenhauskosten werden unter anderem durch die Auslagerung medizinischer Behandlungen in den ambulanten Sektor erreicht (Vgl. Bartholomeyczik, S. (2007) S. 136).

Nach Schiller, N. (2006: S.13) geht im DRG-System „das Morbiditätsrisiko auf den Leistungserbringer [das Krankenhaus] über. Reicht die Fallpauschale für die Behandlung des Patienten nicht aus, muss das Krankenhaus die zusätzlichen Kosten tragen. Dadurch entsteht zusätzlich ein Anreiz dafür, die klinischen Prozesse zu optimieren.“

Die positive Wirkung der DRGs besteht darin, dass effiziente Leistung mehr belohnt wird. Krankenhäuser die bedacht wirtschaften, können ökonomische Vorteile erzielen (Vgl. Hollick, J. (2005) S. 89). Dadurch wird der Anreiz gesetzt, die Qualität in den Kliniken zu sichern. Der Patient soll zwar schnell, aber auch möglichst gesund, nach einer qualitativ hochwertigen Behandlung das Krankenhaus verlassen. Ein weiterer Vorteil für Krankenhäuser besteht darin, dass einfache Leistungen zukünftig vermehrt in den ambulanten und rehabilitativen Bereich verlagert werden und Krankenhäuser sich in ihrem Leistungsangebot spezialisieren können (Vgl. Keller, T. (2011) S.12).

Ein negativer Effekt besteht nach Wingenfeld, K. (2005: S. 48) darin, dass die DRGs einen gewissen Anreiz zur Patientenselektion unter Kosten-Erlös-Gesichtspunkten bieten bzw. eine Ausrichtung der Angebotsstruktur auf die profitableren Behandlungsfälle verstärken (Vgl. Ziesche, A. (2008) S. 43).

Weiterhin kommt es durch die DRGs zunehmend zur Fallsplittung; Für ein Krankenhaus ist es heute weniger wirtschaftlich, mehrere Erkrankungen eines Patienten während eines stationären Aufenthalts zu behandeln, da nur eine Hauptdiagnose abgerechnet werden kann. Um mehrere Fälle abrechnen zu können, besteht jetzt ein finanzieller Anreiz, aus einem längeren Aufenthalt mehrere kurze zu machen (Vgl. Flintrop, J. 2006, Internetquelle). Der Patient muss dadurch mehrere stationäre Aufenthalte wahrnehmen.

Ein weiterer unerwünschter Anreiz besteht im sogenannten „Upcoding“. Darunter versteht man jeden CMI-Anstieg, der durch vorsätzliches Kodierfehlverhalten (meist durch ungerechtfertigtes Codieren von Nebendiagnosen zur Erhöhung des PCCL) zustande gekommen ist. Einer der wesentlichen Gründe, weshalb die Abrechnungsprüfungen durch den MDK stark zugenommen haben.

Im DRG-System herrscht eine hohe Komplexität und Unübersichtlichkeit, insbesondere durch die jährliche Weiterentwicklung (Vgl. Rau, F. (2009) S. 12).

Alle Beteiligten stehen jedes Jahr erneut vor dem Problem sich mit neuen Regelungen und Berechnungen auseinandersetzen zu müssen (Vgl. Weibler/Zieres (2005) S. 83)

3. Auswirkungen der DRGs

Seit Einführung der DRGs in Deutschland sind bereits einige Jahre vergangen. Spätestens jetzt stellt sich die Frage, welche Auswirkungen das neue System auf die Krankenhäuser in Deutschland gehabt hat und zukünftig haben wird.

Nach Braun, B (2010: S. 10) gibt es wenig deutsche DRG-Forschungsprojekte und auch die DRG-Begleitforschung durch die Selbstverwaltungspartner hat trotz gesetzlicher Verpflichtung erst 2009 begonnen. Erkenntnisse über die Wirkungen von DRGs gibt es bisher nur durch Forschungsinitiativen wissenschaftlicher Institute. Eines davon ist das Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), das gemeinsam mit dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen und der Hans Böckler Stiftung, der Gmünder Ersatzkasse (GEK) sowie der Landesärztekammer Hessen und der Techniker Krankenkasse (TK) das Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) bearbeitet. Dieses Projekt konzentriert sich auf die Auswirkungen der DRG-Einführung auf Patienten sowie Ärzte und Pflegekräfte (Vgl. Braun, B. (2010) S.10).

Durch Empirische Ergebnisse des Projekts „WAMP“ hat sich heraus gestellt, dass insgesamt gesehen nachweisbare Folgen weniger eindeutig waren als erwartet wurde. „Weder sind negative Veränderungen im erwarteten Maß bisher nachweisbar noch haben sich die angestrebten positiven Änderungen (Verbesserung der Strukturen und Behandlungsabläufe) flächendeckend durchgesetzt“ (Braun, B. (2010) S. 15). Darüber hinaus gibt es in vielerlei Hinsicht Bewertungsprobleme, da Vergleichsdaten vor Einführung der DRGs schlichtweg nicht vorhanden sind (Vgl. Braun, B. (2010) S. 16).

Dennoch können im folgenden Abschnitt sowohl Veränderungen der Arbeitsbedingungen als auch Veränderungen im Versorgungsbereich aufgezeigt werden.

3.1 Einfluss der DRG auf Arbeitsbedingungen

Das Krankenhaus ist ein soziales System, „in dem verschiedene Berufsgruppen in enger Vernetzung vielfältige Gesundheitsdienstleistungen bei höchst unterschiedlichen Patienten erbringen“ (Braun, B. (2010) S.262). Im Folgenden werden ausschließlich die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte beleuchtet, da diese die größte Berufsgruppe im Krankenhaus darstellen.

3.1.1 Arbeitsbelastungen der Pflegekräfte

Diskussionen über die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte im Krankenhaus gibt es nicht erst seit Einführung der DRGs, diese haben sich seitdem jedoch weiter zugespitzt. Krankenpflege wird nach Braun, B. (2010: S.49) in vielen Studien als „eine körperlich und psychisch sehr belastende Tätigkeit beschrieben“. Die Arbeit im Krankenhaus beinhaltet viele, teils höchst komplexe und verantwortungsreiche Tätigkeiten die äußerste Konzentration erfordern und zugleich körperliche Belastungen darstellen (Vgl. Badura, B. (1994) S.77). Die aufgrund der demografischen Entwicklung ohnehin zunehmenden pflegerisch aufwendigen Patientengruppen müssen zukünftig in immer kürzerer Zeit stationär versorgt werden (Vgl. Hollick, J. (2005) S.82). Das Pflegepersonal ist heute zahlreichen Stressfaktoren ausgesetzt. Der Zeitdruck, der drei-schichtige Wechseldienst, häufige Arbeitsunterbrechungen, mangelnde Kommunikation zu anderen Berufsgruppen (Ärzten) sowie Überforderung bei der Bedienung von technischen Geräten (Vgl. Badura, B. (1994) S.64 f.). Neben Belastungen des Bewegungs- und Stützapparates sind Pflegekräfte vor allem auch einer Vielzahl psychosozialer Belastungen ausgesetzt. Dementsprechend liegen auch die krankheitsbedingten Fehlzeiten und die Zahl der stationären Aufenthaltstage von Pflegekräften höher als in anderen Berufen (Vgl. Braun/Müller, (2005) S.131).

Eine nicht zu unterschätzende Folge der vielen Belastungen am Arbeitsplatz Krankenhaus ist „Burnout“. Nach Freudenberg ist Burnout definierbar als „Gefühl der Erschöpfung durch extreme Überforderung der eigenen Energie, der eigenen Möglichkeiten und Ressourcen“ (Badura, B. (1994) S. 59).

3.1.2 Veränderungen durch das DRG-System

Die Verkürzung der Verweildauer führte zu einer Verdichtung der Behandlungsmaßnahmen und damit verbundenen Zunahme der Arbeitsbelastungen. Durch die zunehmende Spezialisierung in den Einrichtungen steht die Pflege aktuell unter dem Druck sich zu ebenfalls zu spezialisieren und das Leistungsangebot anzupassen (Vgl. Hollick, J. (2005) S.82). Zahlreiche Fort- und Weiterbildungen sind notwendig um den heutigen Anforderungen gerecht zu werden.

Da bisher bestehende Überkapazitäten durch das DRG System nach und nach abgebaut werden, können auch Arbeitsplätze eingespart werden. Nach Rau, F. (2009: S.15) hat sich der Personalabbau in der Pflege seit Einführung des DRG-Systems weiter verschärft. Zum anderen muss bedacht werden, dass durch eine Absenkung der Verweildauer der Durchlauf an Patienten höher sein wird. Das bedeutet, dass weniger Pflegekräfte, mehr Fälle und vor allem schwierigere Fälle in weniger Zeit versorgen müssen. Das unter dem Zeitdruck die emotionale Zuwendung zu den Patienten zu kurz kommen könnte, ist nicht allzu abwegig. In der WAMP Studie gaben Pflegekräfte an, „sie würden den Patienten zu wenig (32%) oder gar keine (4%) soziale und emotionale Unterstützung zuteil werden lassen“ (Braun, B. (2010) S. 22).

Eine höhere Belastung ergibt sich weiterhin durch einen Mehraufwand für die administrativen Tätigkeiten. Es ist heute noch wichtiger geworden die gesamte Krankengeschichte des Patienten genauestens zu erfassen, die aktuelle therapeutische Situation zu dokumentieren und vor allem auch zu verschlüsseln. Falsche Codierungen führen zu verfälschten Abrechnungen und können einen finanziellen Verlust für das Krankenhaus bedeuten, denn „Nichtdokumentierte, aber trotzdem behandelte Nebenerkrankungen werden im DRG-System nicht vergütet“ (Braun, B. (2004) S. 25).

In einer Befragung von Pflegekräften vor der DRG-Einführung kamen Braun und Müller zu dem Ergebnis das „Trotz der [zahlreichen Arbeitsbelastungen] die

Unzufriedenheit mit dem Beruf bei den Krankenschwestern nicht höher [ist] als in den Vergleichsberufen“ (Braun, B.; Müller, R. (2005) S. 139).

Eine vergleichsweise geringere Unzufriedenheit der Pflegekräfte erklärten sie durch die verschiedenen gesundheitsfördernden Ressourcen des Berufes. In den Abbildungen 6 und 7 im Anhang dieser Arbeit werden die von Pflegekräften benannten Belastungen den benannten Ressourcen ihrer Arbeit gegenübergestellt.

Die zahlreichen Ressourcen (abwechslungsreiche Arbeit, Nähe zum Patienten) wirkten bisher entlastend und waren für viele Pflegekräfte sicherlich ein gewisser Ausgleich zu den belastenden Tätigkeiten.

Im Hinblick auf die Tatsache, dass die DRGs sich nun aber belastungserhöhend und zugleich ressourcenmindernd auf die Arbeitsbedingungen auswirken, kann heute nicht mehr von einer geringen Unzufriedenheit bei den Pflegekräften die Rede sein.

Dass die Belastungen durch die DRGs erhöht werden, wurde oben bereits erläutert. Die in der Befragung von Braun/Müller am häufigsten genannten Ressourcen, Abwechslungsreichtum und Handlungsspielraum werden heute durch Spezialisierungen und Standardisierungen im Krankenhaus eingeschränkt. Wie oben bereits erwähnt, bleibt den Pflegekräften außerdem weniger Zeit für den Umgang mit den Patienten.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich die Arbeitsbelastungen für Pflegekräfte seit der DRG-Einführung erhöht haben. Dies wirkt sich aber nicht nur negativ auf die betroffenen Beschäftigten aus, sondern hat indirekt auch Einfluss auf die Versorgung der Patienten.

Es wird häufig unterstellt, dass unter schlechter werdenden Arbeitsbedingungen und fehlender Motivation der Pflegekräfte die Versorgungsqualität leidet.

Besonderheit pflegerischer Dienstleistungen

Kennzeichnend für die medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen ist, dass Produktion und Konsumtion zugleich erfolgen („uno actu“). Der Patient ist ein aktiver Bestandteil des Produktionsprozesses. In den medizinischen und pflegerischen Arbeitsprozessen spielt er eine Doppelrolle als »Arbeitsgegenstand« und

»Mitproduzent« (Vgl. Braun, B. (2010) S. 23). Veränderungen der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte können daher auch (Positiven und Negativen) Einfluss auf die Patienten haben. Ebenso kann die Produktivität der Arbeit durch eine fehlende Koproduktion der Patienten eingeschränkt werden und die Motivation bzw. Zufriedenheit der Pflegekräfte leidet letztlich darunter (Vgl. Braun/Müller/Timm (2004) S. 21). Gerade aufgrund dieser „Wechselbeeinflussung“ sollte eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Sinne der Politik sein. Kein Qualitätsziel ist nachhaltig erreichbar, wenn die Arbeitssituation der beschäftigten Pflegekräfte von Überforderung, Zeitdruck, mehr administrativen als patientennahen Tätigkeiten etc. gekennzeichnet ist.

3.2 Einfluss auf die Versorgungsqualität

Nach Rau, F. (2009: S. 13) ist es unstrittig, dass „die DRG-Einführung zu mannigfaltigen Veränderungen der Strukturen und Prozesse geführt hat. In Den Krankenhäusern würden vielfach Struktur- und Prozessänderungen vorgenommen.“ Es folgen zunächst eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der Qualität im Krankenhaus sowie eine Darstellung der Qualitätsdimensionen nach Donabedian. Daran anschließend werden die Maßnahmen zur Qualitätssicherung erläutert, die seit der DRG-Einführung Anwendung finden.

3.2.1 Definition von Qualität im Krankenhaus

Für den Begriff der Qualität gibt es keine allgemeingültige Definition, da der Begriff zu komplex und mit zu vielen Bedeutungen für unterschiedlichste Anspruchsgruppen behaftet ist (Vgl. Philipp, I. (2008) S. 14). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Qualität folgendermaßen definiert „Unter Qualität kann man die Eignung einer Sache zu einem vorgegebenen Zweck verstehen“ (G-BA (2007) zitiert in Keller, T. (2011) S. 20). Die Dienstleistungen im Krankenhaus dienen dem Zweck der optimalen Behandlung bzw. Gesundung des Patienten.

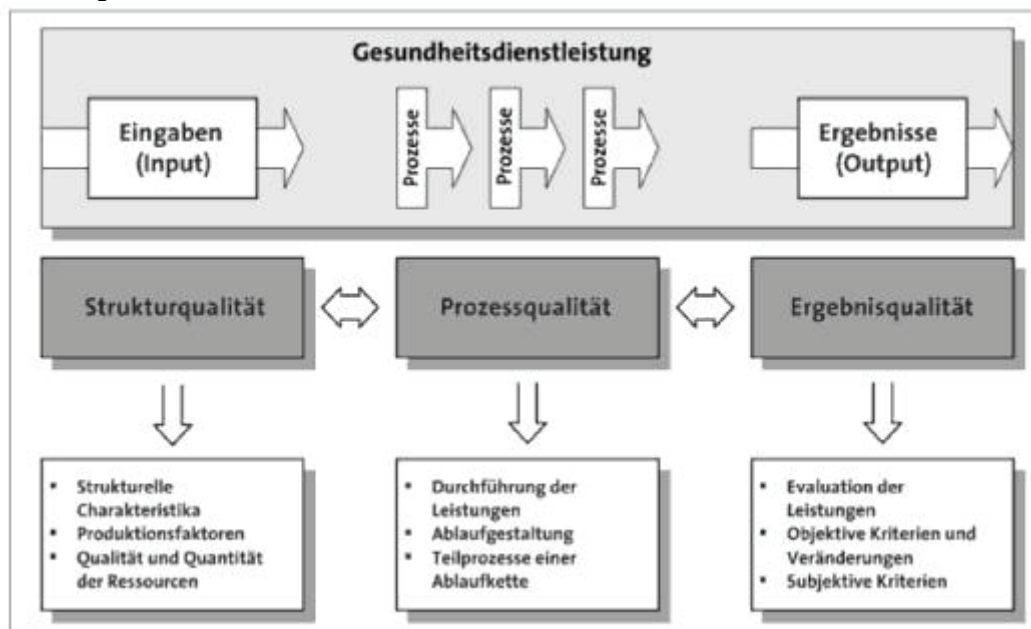
Dabei muss beachtet werden, dass Medizinische Leistungen in Prozessen gestaltet sind. Die gesamte Patientenbehandlung, die von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten reicht, kann als Kernprozess bezeichnet werden. Dieser ist auf den Zweck, die Gesundung des Patienten, ausgerichtet. Der Kernprozess lässt sich in mehrere Teilprozesse (Untersuchungen, Operationen, Pflegemaßnahmen) unterteilen, wobei jeder einzelne Teilprozess für den Erfolg der medizinischen Behandlung verantwortlich ist (Vgl. Keller, T. (2011) S.21).

3.2.2 Dimensionen der Qualität in Krankenhäusern

Um der Frage nach der Qualitätsmessung und -beurteilung im Krankenhaus nachzugehen hat sich im Gesundheitswesen die phasenorientierte Betrachtungsweise des Qualitätsbegriffs nach Avedis Donabedian, einem amerikanischen Qualitätsforscher, etabliert (Vgl. Keller, T. (2011) S. 21).

Dabei werden drei Dimensionen unterschieden: die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität. Die folgende Abbildung liefert einen Überblick über die drei Dimensionen der Qualität.

Abbildung 2: Qualitätsdimensionen nach Donabedian



(Quelle: Keller, T. (2011) S.23)

Die **Strukturqualität** umfasst die für die Krankenhausbehandlung notwendigen strukturellen Voraussetzungen. Dazu zählen materielle, räumliche und technische Ausstattung, die Anzahl sowie Qualifikation der Mitarbeiter sowie die finanziellen Mittel des Krankenhauses (Vgl. Keller, T. (2011) S. 22). Die Strukturqualität lässt sich „aufgrund ihres stark materiellen Charakters“ leicht erfassen und messen (Keller, T. (2011) S. 22).

Die **Prozessqualität** beschreibt die Wertschöpfungskette im Krankenhaus und umfasst alle Einzelprozesse der Leistungsdurchführung. Die Prozessqualität bildet sich in dem Fall eines Krankenhauses aus der Qualität der medizinischen Maßnahmen, der Pflege und der sich anschließenden ambulanten Behandlungen (Vgl. Roeder (2009: S.59) zitiert in Keller, T. (2011) S. 22).

Die **Ergebnisqualität** bildet ab, welches Behandlungsergebnis zu einem bestimmten Zeitpunkt erreicht wurde. Sie beantwortet die Frage ob die Behandlung zur Gesundung des Patienten erfolgreich war und ob der Patient mit seinem

Krankenhausaufenthalt zufrieden war. „Ergebnisqualitäten repräsentieren den ganzen interaktiven Effekt aller Behandlungsbeiträge, inklusive derjenigen des Patienten selbst“ (Philipp, I. (2008) S.13).

Nach Keller, T. (2011: S. 23) bedingen sich die drei Dimensionen gegenseitig; ohne eine hohe Struktur- und Prozessqualität kann kaum eine gute Ergebnisqualität erreicht werden. Jede einzelne Dimension hat dabei aber nur wenig Aussagewert über die Qualität. Eine umfassende Qualitätsbeurteilung kann erst vollzogen werden, wenn alle Qualitätsdimensionen zusammen betrachtet werden (Vgl. Philipp, I. (2008) S. 14). „Die Aufgabe eines Qualitätsmanagements ist es, die drei Dimensionen zu überprüfen und an der kontinuierlichen Verbesserung der Gesamtqualität im Krankenhaus zu arbeiten“ (Philipp, I. (2008) S. 15).

3.3.3 Qualitätssicherung im Krankenhaus

„Unter dem zunehmenden Druck des Gesetzgebers [...] gewinnen Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements einen höheren Stellenwert in den Kliniken“ (Hollick, J. (2005) S. 90). Einerseits um den unerwünschten Auswirkungen des DRG-Systems entgegenzuwirken, andererseits um den Wettbewerb unter den Krankenhäusern zu erhöhen.

Durch §135a SGB V sind Krankenhäuser sowie alle anderen Leistungserbringer zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Qualität ihrer Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dabei „dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen“ (§135a Abs.1 SGB V). Sie werden ebenso verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen zu beteiligen, die zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern sowie ein Qualitätsmanagement einzuführen und dieses weiterzuentwickeln (Vgl. §135a Abs 2. SGB V).

Desweiteren müssen Krankenhäuser nach §137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V im Abstand von zwei Jahren Qualitätsberichte vorlegen, die öffentlich einsehbar sind. Dadurch wird einerseits mehr Transparenz geschaffen, da Versicherte sich über die Qualität in den einzelnen Krankenhäusern informieren können und zudem sind Krankenhäuser gezwungen Qualitätssicherungsmaßnahmen durchführen um über die

Qualitätsberichte eine gute Position im Wettbewerb zu erreichen (Vgl. Gaß, G. in Weibler/Zieres (2005) S.68). Nach Braun, B. (2010) S. 1) behandeln die öffentlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser vorrangig Struktur- und Prozessqualität, jedoch kaum die Ergebnisqualität. Die tatsächliche Versorgungsqualität lässt sich dadurch nur bedingt erfassen.

Nach § 17c KHG soll der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) prüfen ob Fehlbelegungen oder vorzeitige Entlassungen bzw. Verlegungen stattfinden. Darüber hinaus soll er die Wiederaufnahme von Patienten wegen Komplikationen kontrollieren (Vgl. Braun/Müller/Timm (2004) S. 29) Der Zahl der MDK-Prüfungen hat sich daher seit DRG-Einführung stark erhöht (Vgl. Rau, F. (2009) S.12). Ebenfalls in §17c KHG geregelt ist die Möglichkeit des MDK verdachtsunabhängige Stichprobenprüfungen durchzuführen.

Die Standardisierung von Behandlungsabläufen, so genannte Clinical Pathways und die Etablierung von Disease Management Programmen und Case Management haben sich in den letzten Jahren in vielen Krankenhäusern entwickelt (Vgl. Ziesche, A. (2008) S. 44). Nach Meinung der Pflegekräfte hat sich die Existenz von klaren und strukturierten Behandlungsabläufen nach DRG-Einführung verbessert (Vgl. Braun, B. (2010) S. 21). Diese und viele weitere Maßnahmen erscheinen gut geeignet um die Versorgungsqualität zu gewährleisten und gleichzeitig eine Ablauf- und Kostentransparenz zu schaffen (Vgl. Hollick, J. (2005) S. 79).

Fraglich ist, ob sich diese zahlreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen auch ohne DRG-Einführung entwickelt und verbreitet hätten.

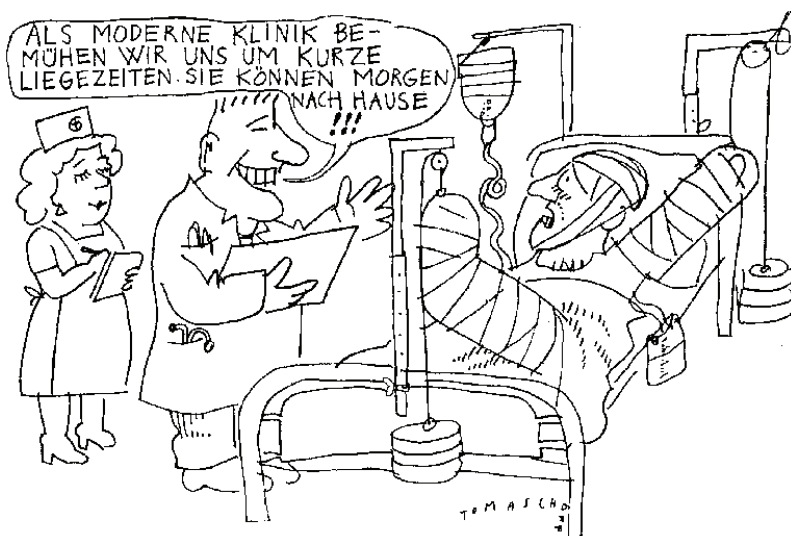
3.3.4 Entlassungsmanagement

Wenn auch der vorherige Abschnitt aufgezeigt hat, dass sich Strukturen und Abläufe während des Krankenhausaufenthaltes verbessert haben, so fehlt die Betrachtung der zahlreichen Fälle, denen nach der stationären Versorgung noch eine Anschlussbehandlung bevorsteht. Die verkürzten Verweildauern bedeuten Frühe Entlassungen und diese wiederum bedeuten einen erhöhten Bedarf an poststationärer Versorgung. Das kann beispielsweise eine Überleitung in den rehabilitativen Sektor oder auch eine Anschlussbehandlung durch den Hausarzt des

Patienten erforderlich machen. Bei der Organisation der Entlassung aus dem Krankenhaus besteht nach Braun, B. (2010: S.18) noch ein großer Verbesserungsbedarf. Chronisch Kranke, Multimorbide sowie ältere Menschen bestimmen heute und auch zukünftig vermehrt den Versorgungsalltag. Diese Patientengruppen tragen nach Wingenfeld, K. (2005: S.7) das höchste Risiko gesundheitlicher Komplikationen nach Verlassen des Krankenhauses. Der Anteil der befragten Pflegekräfte die einem gut funktionierenden Entlassungsmanagement zustimmten sank von 55% im Jahr 2003 auf 49% im Jahr 2006 (Vgl. Braun, B. (2010) S. 19).

Die Folgende Abbildung zeigt, in selbstverständlich übertriebener Weise, die größte Befürchtung die mit der DRG-Einführung einherging.

Abbildung 3: Frühzeitige Entlassung



Quelle: Internetquelle (o.J.) uni-marburg.de

Durch den vom DRG-System gesteuerten Anreiz, Patienten so früh wie möglich zu entlassen, wurde befürchtet, dass Patienten das Krankenhaus im Hinblick auf den Genesungsprozess zu früh verlassen. Kritiker sprechen dabei oft von „Blutigen Entlassungen“ oder einem „Drehtüreffekt“, also eine direkte Wiedereinweisung des Patienten mit der gleichen Diagnose, die sowohl für den Patienten eine Belastung darstellt als auch ökonomische Auswirkungen für das Krankenhaus bedeutet. Aus Sicht der Pflegekräfte „würden immer weniger Patienten das Krankenhaus „zu einem

für den Heilungsprozess optimalen Zeitpunkt entlassen“ (Braun, B. (2010) S. 16) „Zu häufige Wiedereinweisungen gelten weltweit als noch immer nicht ausreichend behobenes Qualitätsproblem“ (Wingenfeld, K. (2005) S.12) Die Rehospitalisierungsrate ist in Deutschland nach Daten der GEK seit DRG-Einführung zwar nur gering angestiegen; so wurden im Jahr 1990 noch 16% der Patienten innerhalb von 30 Tagen wieder stationär aufgenommen und im Jahr 2005 schließlich 18% der Patienten, doch das Ziel sollte es sein, diese Rate zukünftig wieder zu senken (Vgl. Braun, B. (2010) S. 17). Die Schnittstellenproblematik, also fehlende Kommunikation und Kooperation zwischen den Sektoren, ist oftmals für misslungene Übergänge verantwortlich. Vor allem die scharfe Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung stellen heute noch immer ein Problem dar (Vgl. Wingenfeld, K. (2005) S.53).

Die aktuellen Gegebenheiten verlangen innovative Konzepte zur Unterstützung von Patienten bei der Bewältigung des Übergangs in andere Versorgungssektoren, eine bessere Vernetzung dieser Sektoren und die Sicherstellung einer angemessenen Anschlussversorgung (Vgl. Wingenfeld, K. (2005), S.7 f.).

Das Entlassungsmanagement existiert heute bereits in den meisten Krankenhäusern in unterschiedlichen Formen, bei vielen ist dieses jedoch noch in der Entwicklungsphase (Vgl. Braun, B. (2010) S. 54). Die Vorbereitung der Patienten und deren Angehörigen auf die Anforderungen nach der Entlassung sollte sich zukünftig verbessern - einerseits im Sinne der Patientenzufriedenheit und andererseits um Rehospitalisierungen zu vermeiden.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Einführung der DRGs führte in Deutschland zu einem tiefgreifenden Wandel im Krankenhaussektor. Diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) stellen eine Methode dar, mit der sich stationäre Behandlungsepisoden von Patienten in Kategorien einteilen und messen lassen. Die Umstellung auf eine DRG-Vergütung erfolgte mit dem Ziel die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen und die Qualität der Krankenhausleistungen zu verbessern.

Anfangs bestand die Frage ob eine Steigende Qualität trotz Ausgabenbegrenzung und gewünschter Beitragsstabilität überhaupt erreicht werden kann (Vgl. Lang, A. in Weibler (2005) S.74).

Verantwortlich ist dafür nicht direkt das DRG-System, aber aus der Tatsache heraus, dass es zahlreiche Umstände mit sich gebracht hat, an die sich die Krankenhäuser notwendigerweise anpassen mussten, entstanden viele Veränderungen und auch Verbesserungen in den Krankenhäusern. Diese waren letztendlich die Voraussetzungen für eine tatsächliche Qualitätssteigerung. Die DRGs wirkten in vielen Krankenhäusern also als Katalysator für tiefgreifende Veränderungen und verbesserte Prozesse.

Durch den indirekten Zwang zur Optimierung von Strukturen und Prozessen hat sich die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Krankenhaus erhöht. Da dies aber unter anderem durch Verlagerungstendenzen von Leistungen in den ambulanten und rehabilitativen Sektor erreicht wurde, hat sich die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen allgemein bisher nicht deutlich verbessert (Vgl. Rau, F. (2009) S. 13). Daran gilt es zukünftig zu arbeiten, um die bestehenden Probleme im Gesundheitswesen zu beseitigen oder wenigstens zu vermindern und eine GKV-Beitragsstabilität zukünftig zu gewährleisten.

Der Wettbewerb unter den Krankenhäusern hat sich seit Einführung der DRGs erhöht und wird durch die zunehmende Transparenz über die Qualität und das Leistungsgeschehen der Krankenhäuser verstärkt (Vgl. Baum, G. in Rau, F. (2009) S.28). Die erhöhte Transparenz besteht heute sowohl nach innen für das Krankenhaus selbst als auch nach außen gegenüber Krankenkassen und Patienten.

Weiterhin sind zunehmende Privatisierungen, Fusionen und Schließungen von Krankenhäusern Indikatoren für den Wandel in der heutigen Krankenhauslandschaft (Vgl. Spindler, J. in Rau, F. (2009) S. 43).

Zahlreiche Strukturveränderungen haben sich seit Einführung der DRGs ergeben und werden sich zukünftig dementsprechend entwickeln. Auch für die nächsten Jahre sind weitere Anpassungen und Veränderungen des Systems und der Bewertungsrelationen zu erwarten. Besonders spezielle behandlungsaufwendige Fälle sind jedoch bisher in den Fallpauschalen noch nicht angemessen abgebildet (Vgl. Simon, M. (2010) S.312).

Doch auch wenn in einzelnen Fachgebieten noch Entwicklungsbedarf besteht, hat sich die Abbildungsgenauigkeit des Entgeltsystems seit der Einführung erheblich verbessert (Rau, F. (2009) S. 12).

Das deutsche DRG-System ist international zum Vorbild geworden. Folgendes Beispiel verdeutlicht dies. Um sich den zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen anzupassen, entwickelt China derzeit ein Kodierungssystem, das in den kommenden Jahren in ein DRG-System nach deutschem Muster weiterentwickelt werden soll. „Das deutsche DRG-System ist das beste der Welt“ sagte Xiaojun Shao, ein Vertreter vom CNHDRC (Vgl. Osterloh, F. (2012) Internetquelle).

Im Rahmen dieser Arbeit kann resümierend festgestellt werden, dass sich die Umstellung zur DRG-Vergütung in Deutschland definitiv nicht als schlechte Entscheidung herausgestellt hat. Die DRGs waren und sind eine große Herausforderung für alle Beteiligten, doch die vielfältigen Veränderungen haben zahlreiche positive Effekte mit sich gebracht und sich keineswegs so negativ ausgewirkt, wie von vielen Seiten befürchtet wurde. Verbesserungsbedarf mag noch heute an vielen Stellen bestehen und dies wird die Aufgabe für die nächsten Jahre, wenn nicht Jahrzehnte darstellen. Notwendiger Handlungsbedarf erscheint nach Fertigstellung dieser Arbeit vor allem im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften sowie die Sicherstellung der poststationären Versorgung von Patienten.

Literaturverzeichnis

Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter (1994): Systemgestaltung im Gesundheitswesen, Juventa Verlag, Weinheim und München

Bartholomeyczik, Sabine (2007): Kurze Verweildauer im Krankenhaus – die Rolle der Pflegenden, Pflege und Gesellschaft, 12. Jahrgang, H. 2

Braun, Bernard; Buhr, Petra; Klinke, Sebastian; et al. (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger, Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen, Huber Verlag, Bern

Braun, Bernard; Müller, Rolf; Timm, Andreas (2004): Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung, Asgard Verlag, St. Augustin

Braun, Bernard; Müller, Rolf (2005): Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern, Pflege und Gesellschaft, 10. Jahrgang, 3/2005

Deutsche Kodierrichtlinien - Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren – Version 2012

Fischer, Wolfram (2002): Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege – Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten, Hans Huber Verlag, Bern

Hollick, Jürgen; Kerres, Andrea (2005): Pflege im DRG-System: DRGs – Pflege – Pflegediagnosen, 2. Auflage, Spitta Verlag, Balingen

Keller, Tobias (2011): Der „Pay for performance“-Ansatz – Ein Weg zu mehr Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit im deutschen Krankenhauswesen, Diplomica Verlag, Hamburg

Lüngen, Markus; Lauterbach, Karl (2002): Ergebnisorientierte Vergütung bei DRG – Qualitätssicherung bei pauschalierender Vergütung stationärer Krankenhausleistungen, Springer Verlag, Heidelberg

Müller, Thomas (2009): DRG-Basiswissen für Ärzte und Kodierer – Eine praktische Anleitung, 2. Auflage, medizificon Verlag, Mannheim

Pelikan, Jürgen M.; Wolff, Stephan (1999): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus, Juventa Verlag, Weinheim und München

Peters, Janet (2003): DRGs aus Sicht der Pflege : Notwendigkeit und Grenzen eines Pflegefaktors, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Philipp, Isabell (2008): Qualität im Krankenhaus – Einsatz von Feedback-Systemen im Rahmen von Qualitätsmanagement, VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken

Rau, Ferdinand; Roeder, Norbert; Hensen, Peter (2009): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Rutz, Dr. Stefan (2006): Die Einführung von Diagnosis Related Groups in Deutschland : Interessen – Anreize – Erste Ergebnisse, Josef Eul Verlag, Lohmar

Schiller, Norbert (2006): Controlling im Krankenhaus – DRG aus Sicht des Kostenmanagements, VDM Verlag DR. Müller, Saarbrücken

Simon, Michael (2000) : Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang: Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem, Berlin, WZB

Simon, Michael (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland – Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 3. Auflage, Huber Verlag, Bern

Weibler, Ursula; Zieres, Gundo (2005): Diagnosis Related Groups – Diagnosebezogene Fallgruppen, Iatros Verlag, Nierstein

Wingefeld, Klaus (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus : Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen, Huber Verlag, Bern

Ziesche, Anj (2008): Patientenzufriedenheit im Krankenhaus : Maßnahmen zur Verbesserung, Salzwasser Verlag

Internetquellen

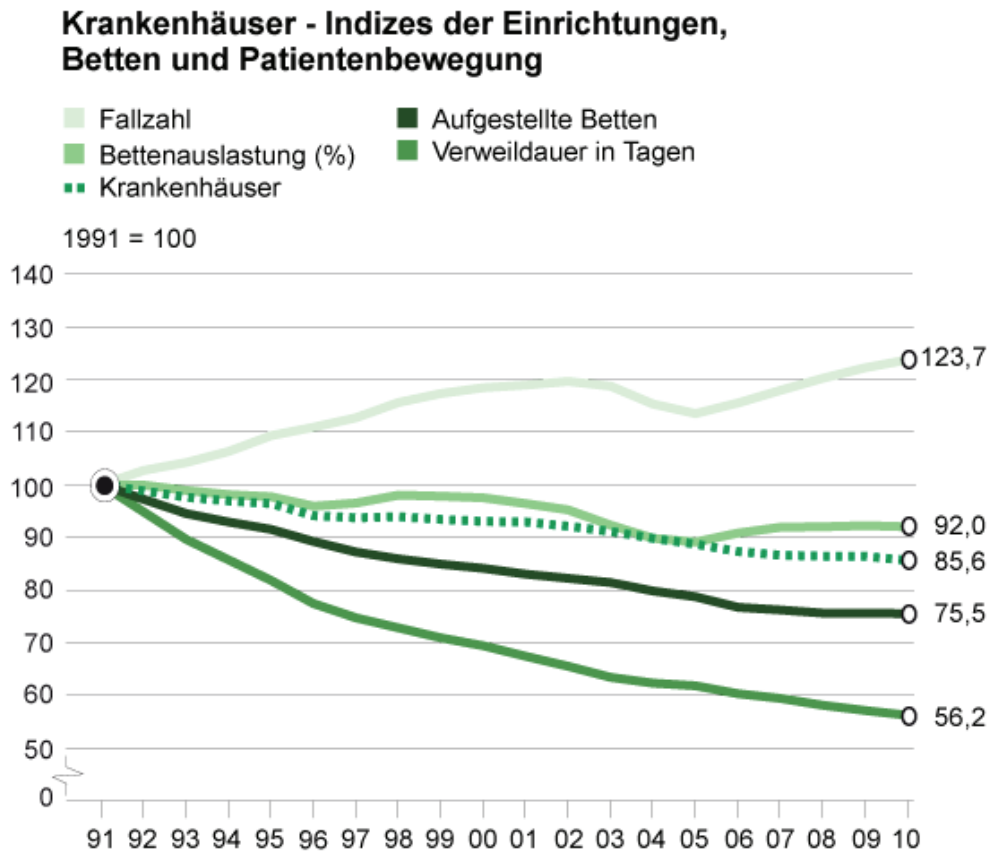
- *Adomeit, Alin* (o.J.): Deutscher Krankenhaussektor: Veränderungsprozesse verlangen eine Professionalisierung des Managements, im Internet URL: <http://www.egonzehnder.com/de/practices/industries/lifesciences/thoughtleadership/article/id/43700031> [aufgerufen am 30.04.2012]
- *Deutsche Krankenhausgesellschaft* im Internet URL: www.dkgev.de [aufgerufen am 13.05.2012]
- *Flintrop, Jens* (2006): Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge, im Internet URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/53507> [aufgerufen am 15.05.2012]
- *GKV Spitzenverband* im Internet URL: http://www.gkv-spitzenverband.de/DRG_Basiswissen__FAQs__7__Frage.gkvnet?TM=f0700#antwort [aufgerufen am 07.05.2012]
- *Osterloh, Falk* (2012) im Internet URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/124399/Gesundheitsreform-in-China-8222-Das-beste-DRG-System-der-Welt-8220?src=search> [aufgerufen am 23.05.2012]
- *Statistisches Bundesamt* im Internet URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahre.html> [aufgerufen am: 30.04.2012]
- *AOK: Zahlen, Daten, Fakten* im Internet URL: http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/zdf/index_07071.html [aufgerufen am: 30.04.2012]

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Organisationsstruktur im Krankenhaus
eigene Darstellung nach Ziesche, A. (2009) S. 37 f.
- Abbildung 2: Codierungsbeispiel
eigene Darstellung nach Müller, T. (2009) S. 89
- Abbildung 3: Frühzeitige Entlassung
Karikatur von Tomaschoff, Jan Internetquelle:
[http://calvin.med.uni-marburg.de/stpg/allgemein/
klinaktuell/nr16/DRG.html](http://calvin.med.uni-marburg.de/stpg/allgemein/klinaktuell/nr16/DRG.html)
- Abbildung 4: Entwicklungen im Krankenhaus
Internetquelle: [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/
GesellschaftStaat/Gesundheit/_Grafik/
Krankenhauseinrichtungen.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/_Grafik/Krankenhauseinrichtungen.html)
- Abbildung 5: Fahrplan der DRG-Einführung
Braun, B.; Müller, R.; Timm, A. (2004) S. 25
- Abbildung 6: Arbeitsbelastungen von Pflegekräften (2003)
Braun, B.; Müller, R. (2005) S. 133
- Abbildung 7: Positive Arbeitsbedingungen als Gesundheitsressourcen
bei Pflegekräften (2003) Braun, B.; Müller, R. (2005)
S. 136

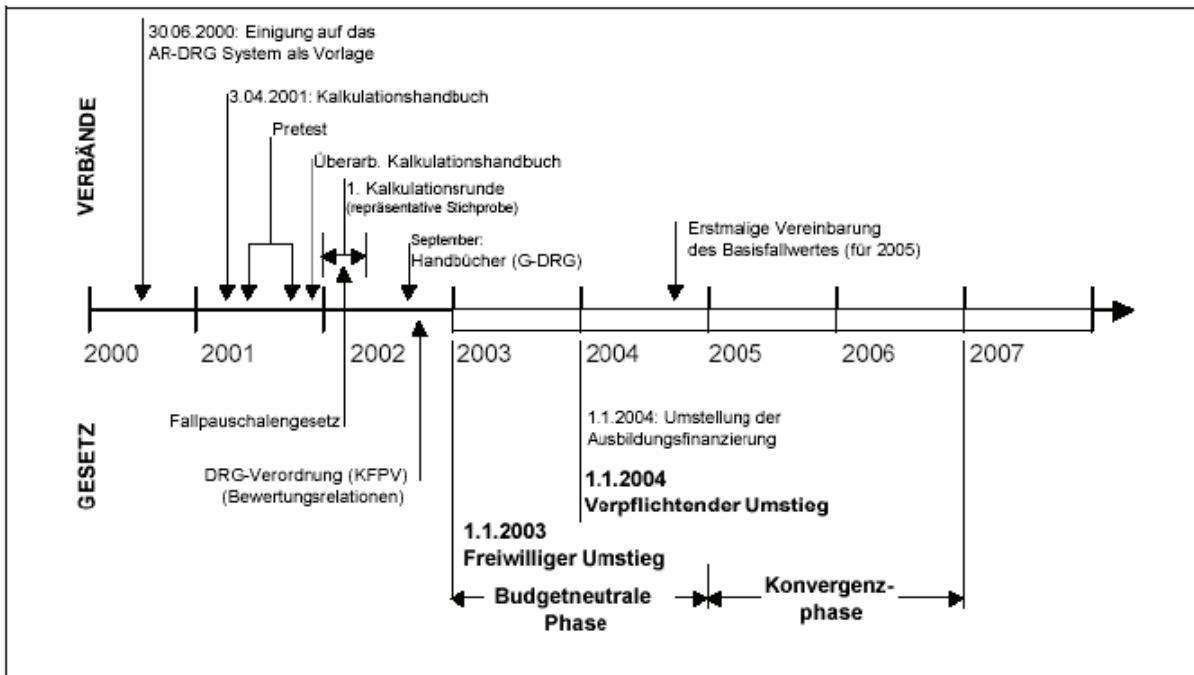
Anhang

Abbildung 4: Entwicklungen im Krankenhaus



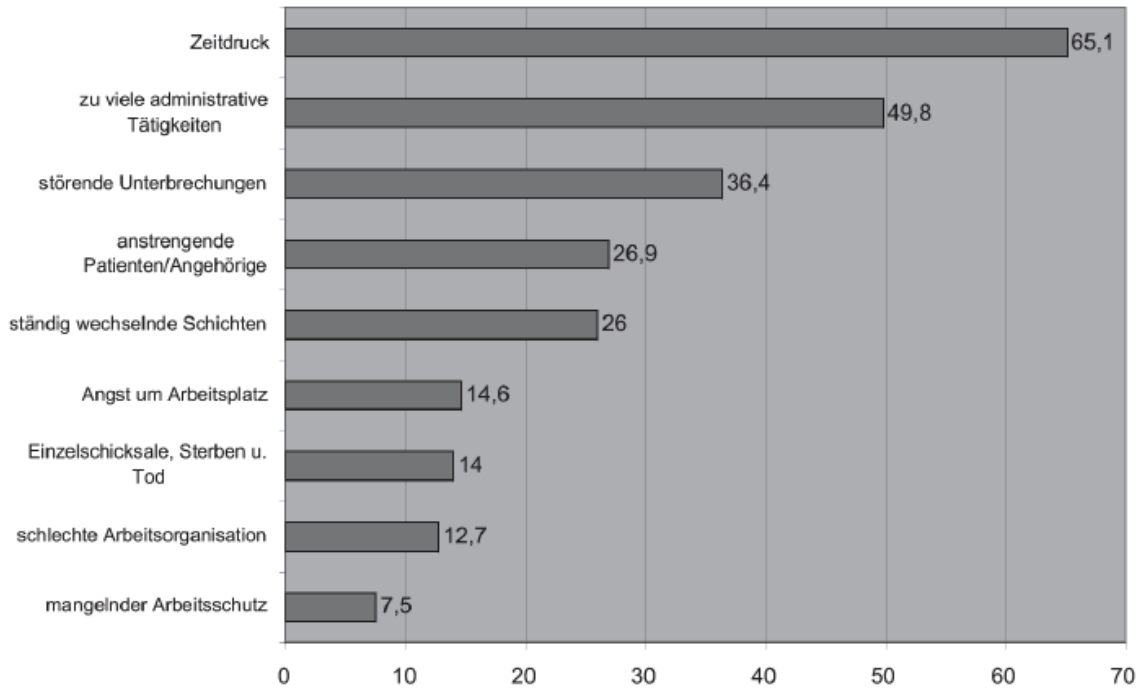
Quelle: Statistisches Bundesamt (2011) Internetquelle

Abbildung 5: Fahrplan der DRG-Einführung



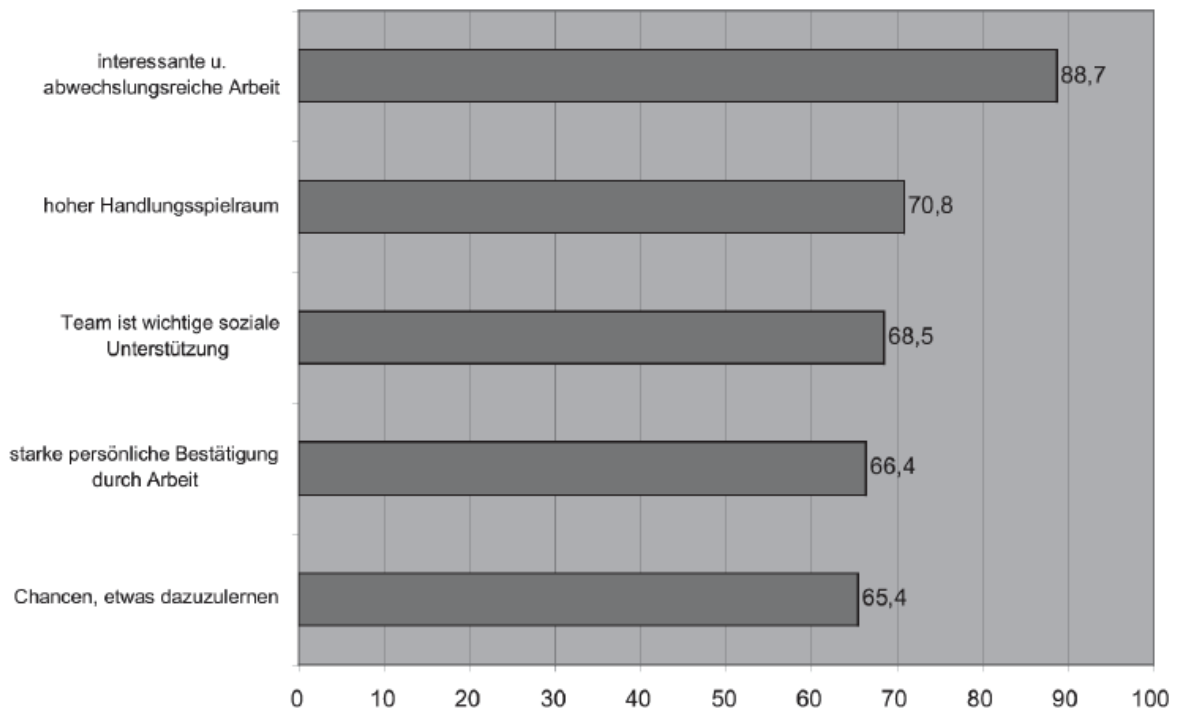
Quelle: Braun, B.; Müller, R.; Timm, A. (2004) S. 25)

Abbildung 6: Arbeitsbelastungen von Pflegekräften (2003)



Quelle: Braun, B.; Müller, R. (2005) S. 133

Abbildung 7: Positive Arbeitsbedingungen als Gesundheitsressourcen bei Pflegekräften (2003)



Quelle: Braun, B.; Müller, R. (2005) S. 136

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Susanne Wunder

Ort, Datum