



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

**VERGÜTUNGSSYSTEM IN
KRANKENHÄUSERN UND DEREN
AUSWIRKUNGEN AUF DAS SYSTEM**

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: *Jennifer Lüth*

Betreuer: *Prof. Dr. Roman Oppermann LL.M., M.A.*

Zweitbetreuer: *Prof. Dr. rer. pol. Diplom- Kauffrau Ilisabe Sachs*

URN: *urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0159-3*

Tag der Einreichung: 26.04.2022

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	4
1. Vorwort	5
1.1 Zielsetzung und Erkenntnisinteresse.....	6
1.2 Methodisches Vorgehen.....	7
2. Krankenhausreform	9
3. Krankenhausfinanzierung	13
4. Einführung in die DRG-Systematik	15
4.1 Begriffserklärung.....	15
4.2 DRG-System in Deutschland.....	16
4.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen.....	20
4.4 Ziele und Anreize.....	21
5. Konsequenzen für den Krankensektor	24
5.1 Vorteile G-DRG-System.....	24
5.2 Nachteile G-DRG-System.....	25
5.3 Auswirkungen G-DRG-System.....	26
6. Auswirkungen auf die Qualität im Krankensektor	30
6.1 Qualitätsbegriff im Krankenhaus.....	30
6.2 Qualitätssicherung im Krankenhaus.....	32
6.3 Auswirkungen auf die Versorgungsqualität.....	33
7. Konklusion und Ausblick	35
Quellenverzeichnis	37

Abkürzungsverzeichnis

DRG	<i>Diagnosis Related Group</i>
FPV	<i>Fallpauschalvereinbarung</i>
G-DRG	<i>German Diagnosis Related Group</i>
GKV	<i>Gesetzliche Krankenversicherung</i>
KHEntgG	<i>Krankenhausentgeltgesetz</i>
KHG	<i>Gesetzliche Krankenversicherung</i>
KHSG	<i>Krankenhausstrukturgesetz</i>
MDC	<i>Major Diagnostic Category</i>
OECD.....	<i>Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit</i>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: DRG Top- Down- System	18
Abbildung 2: Krankenhausstatistik: Verweildauer, Krankenhäuser	28
Abbildung 3: Qualitätsmodell nach Donabedian	31

1. Vorwort

Wir leben in einer Welt, die von vielen Krankheiten beherrscht wird. In einer Zeit, in der wir uns nicht auf den medizinischen Fortschritt verlassen können. In einer Welt, in der die Versorgung einzelner Menschen nicht unterschiedlicher sein könnte.

Die Kontraste der einzelnen weltweiten Versorgungssysteme sind immens hoch. Beginnend damit, hoch verschuldet aus einer Krankheitssituation hinauszugehen, aufgrund der fehlenden Krankenversicherung. Bis hin zu dem Punkt, keinen Zugang zur Krankenversorgung zu haben. Oder, wie es in Deutschland der Fall ist, beim Auftreten eines Krankheitsfalles gut abgesichert und versorgt zu sein.

Allein im Jahre 2017 gab es insgesamt 2,13 Millionen Behandlungsfälle in der intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland (vgl. Radtke 2022). Die häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt sind, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verletzungen oder Vergiftungen, sowie Krankheiten des Verdauungssystems. Die Liste möglicher Krankheitsursachen, die einen Krankenhausaufenthalt begünstigen, ist lang. Jeder Mensch kann einmal in eine Situation gelangen, in der er diese Leistung in Anspruch nehmen muss, bzw. darauf angewiesen ist. (vgl. Langer & Salzburg 2018)

Der große Bereich der Gesundheitswirtschaft hat eine erhebliche ökonomische Bedeutung für den Standort Deutschland, . Für das Jahr 2020 lag die Prognose der Bruttowertschöpfung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft bei knapp 364,5 Milliarden Euro, das entspricht mehr als 12,1 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Demzufolge ist die Gesundheitswirtschaft weiterhin eine Wachstumsbranche. Der Sektor wuchs mit jährlich 3,3 Prozent in den letzten 10 Jahren deutlich stärker als das Bruttoinlandsprodukt. Dabei sorgt die Gesundheitswirtschaft für eine konjunkturabhängige und damit wirtschaftlich stabilisierende Nachfrage und zudem ist sie der Beschäftigungsmotor für die deutsche Wirtschaft insgesamt. (vgl. Kautz 2021a) Nur im Bereich der dienstleistungsorientierten Gesundheitswirtschaft, welche die stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung einbezieht, sind für 54 Prozent der

Bruttowertschöpfung und für rund 63 Prozent der Arbeitsplätze innerhalb der Gesundheitswirtschaft verantwortlich (vgl. Kautz 2021a). Das Gesundheitswesen ist ein weitläufiges Feld und in drei große Bereiche gegliedert. Hierbei spricht man von der ambulanten Versorgung, dem Krankenhaus-Sektor und der ambulanten und stationären Rehabilitation. (vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) 2018)

Ab einem bestimmten Krankheitsgrad ist die medizinische Versorgung in einem Krankenhaus unumgänglich. Das Ziel der aktuell 1914 Kliniken in Deutschland ist es, die stationäre Versorgung flächendeckend und in hoher Qualität sicherzustellen. (vgl. Radtke 2018) Um eine optimale Umsetzung des Ziels zu gewährleisten, müssen viele Faktoren einbezogen werden. Ein Krankenhaus steht mit einem hohen personellen Aufwand in Verbindung, hochmoderne Gerätschaften werden benötigt, um die Arbeit so präzise, wie möglich umzusetzen, Instandhaltung und Reinigung etc. sollten ebenfalls nicht unberücksichtigt bleiben. Die unterschiedlichsten Faktoren tragen zu einem reibungslosen Ablauf eines Krankenhauses bei. Doch um diese Faktoren bereitstellen zu können, darf der Kern des Systems nicht außer Acht gelassen werden. Die Rede ist vom Kapital. Ein Krankenhaus muss finanziert werden, um langfristig funktional zu bleiben.

1.1 Zielsetzung und Erkenntnisinteresse

In dieser wissenschaftlichen Arbeit wird sich mit dem Vergütungssystem von Krankenhäusern auseinandergesetzt. Um einen groben Überblick über die Entstehung und den komplexen Entwicklungsprozess des Krankenhaussystems zu erlangen, werden zu Beginn der Arbeit die wichtigsten Reformen auf dem Weg zum heutigen Finanzierungssystem beleuchtet. Der Aufbau der Arbeit ist vom Allgemeinen zum Spezifischen. Es werden erst grundlegende Fakten zur Krankenhausfinanzierung aufgegriffen, darauffolgend wird das heutige Vergütungssystem beschrieben und im Zusammenhang mit den gesetzlichen Vorschriften erklärt, sowie Ziele und Anreize des Systems beleuchtet. Im

Fortlaufenden der Arbeit werden sowohl positive als auch negative Aspekte des Systems dargestellt. Und zum Abschluss werden verschiedene Auswirkungen in Hinblick auf die Versorgungsqualität und Konsequenzen im Allgemeinen aufgegriffen.

Das Ziel der Arbeit ist es, einen allgemeinen Überblick über die Entstehung und den Aufbau der Krankenhausfinanzierung zu erlangen. Zu erarbeiten, wie das Vergütungssystem aufgebaut ist und welche Herausforderungen damit im Zusammenhang stehen. Sie soll ein breitgefächertes Spektrum an Wissen zum Thema Vergütungssystem in Krankenhäusern und ihre damit in Verbindung stehenden Auswirkungen vermitteln.

Das Vergütungssystem von Krankenhäusern ist sehr breit gefächert und kann in der detaillierten Darstellung einen komplexen Umfang einnehmen. In der nachfolgenden Arbeit wird der Kern des Systems herausgearbeitet, wie es aufgebaut ist, welche Vor- und Nachteile daraus entstehen und auch welche Gefahrenquellen sich darin verbergen. Auf jegliche Formen der Berechnung sowie detaillierten Zusammensetzung des Systems wird aufgrund der Komplexität verzichtet.

1.2 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen dieser Bachelorarbeit basiert auf einer systematischen Literaturrecherche. Unter Beachtung der einzelnen Aspekte wurde dann in den Datenbanken der Hochschulbibliothek Neubrandenburg, der Universitätsbibliothek Greifswald, der Suchmaschine Google sowie der Suchmaschine für wissenschaftliche Literatur Google Scholar unter den Komponenten „Krankenhausreform“, „Krankenhausfinanzierung“, „DRG Einführung“, „DRG in Deutschland“, „Auswirkungen DRGs“ und „Qualität im Krankenhaus“ recherchiert. In der Bibliothek fand sich eine vielfältige Auswahl an Literatur zu dem Thema. In Hinblick auf die Tatsache, dass die Auswirkungen des DRG-Systems ein großer Bestandteil der Arbeit waren, wurde nach aktuellen

Artikeln und Beispielen gesucht. Aufgrund der Kombination von Online-Datenbanken und Recherche in unterschiedlichsten Büchern lag eine große Auswahl von geeignetem Material vor, welches zur Bearbeitung dieses Themas genutzt wurde. Bei den verwendeten Daten handelt es sich um fundiertes wissenschaftliches Material. Mit Hilfe von selbsterstellten Übersichten wurde das Material gesichtet und nach unterschiedlichen Eigenschaften sortiert, analysiert und aufbereitet, um es dann für den eigentlichen Schreibprozess zu nutzen.

2. Krankenhausreform

Beim Thema der Krankenhausfinanzierung sind schon so einige Gemüter in Verzweiflung geraten. Durch einen langen Entwicklungsprozess, geprägt von verschiedensten Reformen, entstand das heutige Finanzierungssystem. Im nachfolgenden Abschnitt werden kurz einmal die wichtigsten Etappen dargestellt, um ein Gesamtbild zu erlangen.

Im 18. Jahrhundert mit Gründung der ersten staatlichen Universitätskliniken stieg die Nachfrage nach den Leistungen der Krankenhäuser in Deutschland rasant und damit auch das Konfliktpotenzial, bezüglich der Entgeltsysteme. Gründe für die steigende Nachfrage sind, der medizinische Fortschritt, die wachsende Industrialisierung und Urbanisierung. Dieser Prozess wurde durch die Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 unterstützt. Nunmehr ist die Krankenhausversorgung eine Leistung der Krankenkasse. Die Parteien verhandelten bis zum Jahre 1963 frei von staatlichen Regulierungen über die zu Verfügung stehenden Budgets für Krankenhauskosten, sowohl über die Investitions- als auch die laufenden Betriebs- und Behandlungskosten, im Rahmen des sogenannten monistischen Finanzierungssystems. (vgl. Rübsamen 2008, S. 26)

1963 griff der Staat nun erstmals in die Preisgestaltung der Krankenhäuser ein und stützte sie auf die für Güter und Leistungen jeder Art geltenden Preisstoppverordnung (vgl. Rübsamen 2008, S. 26). Die Abrechnung erfolgte über tagesgleiche Pflegesätze, also ein bestimmter bereits ausgehandelter DM-Betrag pro Behandlungstag. Aus Ökonomischer Sicht bedeutet das, je mehr Pflagestage, desto mehr Einnahmen. Somit bestand der Anreiz zur Verweildauerverlängerung, der aber aufgrund eines massiven Bettenmangels faktisch nicht zu realisieren war. (vgl. Letsch 2020, S. 17)

Aufgrund der Krankenhauslandschaft im Jahre 1968 kam die Regierung zu dem Entschluss, dass die Finanzierung der Krankenhäuser so nicht weiter fortbestehen kann. Sie erkannten, dass die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, insbesondere der Investitionskosten, nur durch eine

grundlegende Neuordnung des Krankenhausfinanzierungssystems zu erreichen sei. (vgl. Rübsamen 2008, S. 26)

Daraufhin wurde im Jahre 1972 das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eingeführt und die duale Krankenhausfinanzierung eingeführt. Von dort an teilten sich die Bundesländer und die gesetzlichen Krankenkassen die Krankenhausfinanzierung. Während die Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung durch die Bundesländer getragen werden, finanzieren die Krankenkassen die laufenden Betriebskosten im Rahmen der Krankenhausvergütung. Das KHG gewährleistet den Rechtsanspruch des Krankenhauses auf staatliche Förderung für Investition, wenn es in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen worden ist. (vgl. AOK-Bundesverband GbR 2021) Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde nun zur Grundlage der Finanzierung laufender Kosten. Im genaueren bedeutet das, dass die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses, ermittelt mit einer Kosten- und Leistungsrechnung, von den Krankenkassen finanziert werden mussten. Ab diesem Zeitpunkt spielten die tagesgleichen Pflegesätze eine untergeordnete Rolle (prospektiv eingesetzt). Aufgrund des KHGs war es Krankenhäusern gesetzlich verboten, Gewinne zu erzielen. Somit bestand aus ökonomischer Sicht kein Anreiz zur Verweildauerverlängerung und auch nicht zu Sparmaßnahmen auf Kosten des Personals. (vgl. Letsch 2020, S. 18) Aufgrund der neuen Gesetzmäßigkeiten kam es zu immensen Leistungs- und Kostenexplosionen. In den Jahren 1977 und 1978 wurden erneut Reformanläufe ins Leben gerufen, die allerdings aufgrund des Widerstandes der Länder scheiterten. Daraufhin wurde im Jahre 1981 das KHG dahingehend geändert, dass die Krankenkassen und Krankenhäuser stärker in den Bedarfsplanungsprozess der Länder einbezogen wurden. Im Dezember 1992 verabschiedete man das Gesundheitsstrukturgesetz, was für die Krankenhäuser erhebliche finanzielle Einschnitte bedeutete. Hiermit entfiel das Selbstkostendeckungsprinzip und Sonderentgelte, sowie Fallpauschalen mit landesweiten Preisen wurden eingeführt. Der Gesetzgeber kürzte die Krankenhausbudgets unter Anbindung an die Entwicklung der GKV-Einnahmen. (vgl. Rübsamen 2008, S. 32) Die Abrechnung durch das Entgeltsystem war ab

Beginn des Jahres 1996 für die Krankenhäuser verbindlich. Das leistungsorientierte Entgeltsystem besteht nun aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen, welche sich allerdings aus allen Fachabteilungen eines Krankenhauses einheitlich (Basispflegesatz und abteilungsspezifischen Abteilungspflegesatz) zusammensetzen. (vgl. Weyel & Mühlhauser 2003, S. 83)

Im Jahre 1998 kam es zu einer weiteren Veränderung im Hinblick auf die Kostenausgliederung. Durch die getrennte und unabhängige Vereinbarung der Fallpauschale und des Sonderentgeltes vom restlichen Krankenhausbudgets wurde das Restbudget flexibilisiert. Vorher bedeutete flexible Budgetierung eine Anpassung des vereinbarten Budgets an die tatsächliche Belegung. (vgl. Weyel & Mühlhauser 2003, S. 85) „Der Zahlungsvorgang wurde als Erlösausgleich bezeichnet. Durch die Bundespflegesatzverordnung ist es nach der Kostenausgliederung im Bereich des Restbudgets möglich, Mehr- und Mindererlöse unter Berücksichtigung eines angenommenen Fixkostenanteils [...] und in Abhängigkeit von der Belegung zu realisieren.“ (Weyel & Mühlhauser 2003, S. 85) Wenn also die Belegung höher ist als bislang vereinbart, kommt es zu einer Erhöhung des Budgets, bei einer geringeren Belegung kommt es zu einer entsprechenden Verminderung. Somit ist die tatsächliche Vergütung eines Krankenhauses in Abhängigkeit von dem vereinbarten Budget und der tatsächlichen Belegung flexibel. (vgl. Weyel & Mühlhauser 2003, S. 85)

Mit wechselnder Regierung (von Schwarz-gelber Koalition zur Rot-grünen Koalition), soll auch der Kurs des Gesundheitswesens eine andere Richtung einnehmen. Seit einigen Jahre sprechen und diskutieren verschiedene Fachleute über einen Wechsel zum DRG-System (Diagnosis Related Group), welches im Fokus des GKV-Reformgesetzes 2000 steht. Das Gesundheitsreformgesetz sieht im Bereich der Krankenhausfinanzierung die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten, pauschalierten Vergütungssystems vor. (vgl. Knieps & Reiners 2015, S. 236f) Für das deutsche Gesundheitswesen beginnt mit dem GKV-Reformgesetz 2000 eine ganz neue Ära. Ab dem Jahre 2003 wurde schrittweise das DRG-Fallpauschalsystem eingeführt und als

„lernendes System“ weiterentwickelt. Zu Beginn erfolgte die Abrechnung auf freiwilliger Basis, ab 2004 dann verpflichtend für alle somatischen Krankenhäuser. Zwischen den Jahren 2005 bis 2009 spielte sich die Konvergenzphase ab, hierbei kam es zur Angleichung der krankenhausesindividuellen Preise, getreu dem Motto „gleiche Leistung, gleiche Preise“. Seit dem 1. Januar 2010 rechnen nun alle Krankenhäuser eines Bundeslandes ihre Leistungen zu einem landeseinheitlichen Preisniveau ab. (vgl. Kautz 2021b)

3. Krankenhausfinanzierung

Wie bereits im obigen Abschnitt erwähnt, erfolgt die Krankenhausfinanzierung in Deutschland nach dem Prinzip der dualen Finanzierung. Charakteristisch für das duale Finanzierungssystem ist die Trennung der Kosten in Betriebs- und Investitionskosten. Die Betriebskosten der Krankenhäuser, also alle Kosten, die bei der Behandlung von Patienten aufkommen, werden von den Krankenkassen getragen. Hingegen der Investitionskosten, welche durch die Bundesländer finanziert werden. (vgl. Verband der Ersatzkassen e.V. 2021) Bei der Finanzierung der Investitionskosten sind die Maßgaben der einzelnen Landeskrankengesetze der Bundesländer zu beachten, welche hierfür Krankenhausbauprogramme und Investitionsprogramme aufstellen. Die Förderung der Länder setzt sich zum einen aus Maßnahmen zur Einzelförderung und zum anderen aus der Pauschalförderung zusammen. Unter Investitionskosten fallen beispielsweise Neubau, Umbau und Erweiterungsbau, sowie die Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, mit Ausnahme der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter). Das Anlagevermögen (Anlagegüter) mit Ausnahme der Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung, sowie ihre Finanzierung gehören ebenfalls dazu. (vgl. Kolb 2011, S. 31) Wichtig zu beachten ist, die Investitionskosten werden nur dann von den jeweiligen Ländern getragen, wenn diese die Krankenhäuser in den Krankenhausplan bzw. in die Investitionsprogramme der Länder aufgenommen haben (vgl. Reimann & Hoyer 2021). Die Kostenerstattung der Betriebskosten erfolgt über die Vergütung der Pflegesätze durch die Benutzer*innen eines Krankenhauses. Hier drunter fallen zum einen Mitglieder*innen der gesetzlichen Krankenversicherung (Kostenübernahmen durch GKV) und zu einem geringeren Teil selbstzahlende Patienten*innen und Versicherte der privaten Krankenversicherung. (vgl. Kolb 2011, S. 31)

Um diesen reibungslosen Ablauf des Systems gewährleisten zu können, sind folgende gesetzliche Regelungen von Nöten. Die Grundlage der Krankenhausfinanzierung wird im §1 Grundsatz des KHG-Gesetzes zur

wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze dargestellt. (vgl. Bundesamt für Justiz o.a.) „Zweck dieses Gesetzes ist, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.“ (Bundesamt für Justiz o.a.) In §4 KHG ist das normativ geprägte System der dualistischen Finanzierung verankert, welche bis heute die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser beeinflusst. §4 Nr. 1 KHG stellt sicher, dass die Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung übernommen werden. (vgl. Rübsamen 2008, S. 32) „Nach dem historischen Willen des Gesetzgebers bezweckt die öffentliche Finanzierung der Krankenhausinvestitionskosten einerseits, den Krankenhäusern ein ausreichendes Finanzvolumen für notwendige Investitionen bereitzustellen und andererseits, die Pflegesätze entsprechend der Zielsetzung des §1 KHG sozial tragbar zu halten.“ (Rübsamen 2008, S. 32f)

4. Einführung in die DRG-Systematik

Der Ursprung des heutigen Finanzierungssystems in Deutschland liegt in den späten 1960er Jahren in Amerika. Hier entwickelte die Yale Universität die DRGs, welche dann erstmals von MEDICARE eingeführt wurden. Es handelt sich hierbei um eine Institution der Vereinigten Staaten, welche beispielsweise Leistungen für Ältere, Behinderte und Menschen im Endstadium von Nierenerkrankungen unterstützt. (vgl. Weber 2007, S. 55) In zahlreichen Ländern, darunter auch die Mehrheit der OECD-Mitgliedsstaaten, werden die DRG-Systeme im stationären Krankenhaussektor und in verschiedenster Funktionsvielfalt verwendet (vgl. Rutz 2006, S. 53).

Im Folgenden werden Begrifflichkeiten bezüglich des DRG-Systems geklärt, der gesetzliche Rahmen dargestellt und die wichtigsten inhaltlichen Aspekte, sowie Ziele und Anreize beleuchtet.

4.1 Begriffserklärung

Diagnosis-Related-Group, kurz DRG, kann als diagnosebezogene Fallpauschale übersetzt werden (vgl. Ziers & Stockdreher 2005, S. 28).

Ein Vergütungssystem für Krankenhausleistungen bei denen, ähnlich wie bei den Fallpauschalen und Sonderentgelten, Behandlungsfälle unabhängig von der tatsächlichen Aufenthaltsdauer pauschal vergütet werden (vgl. Weyler & Mühlhauser 2003, S. 87). Patienten*innen werden in klinisch definierte Behandlungsgruppen mit weitgehend homogenen Behandlungskosten unterteilt. Die Hauptdiagnose ist für eine Zuordnung in eine DRG der wichtigste Operationsschlüssel, während Alter, Geschlecht, Geburtsgewicht und die Entlassungsart (z.B. Verlegung, Tod) die primären Entscheidungskriterien sind. Man trennt bei der Bildung von DRGs operative und konservative Behandlungen. Wenn also alle oder ein hoher Anteil der akutstationär behandelten Patienten*innen in klinisch definierte Gruppen mit ähnlichen Kosten eingeordnet

werden, so spricht man von einem DRG-System. (vgl. Rutz 2006, S. 53) „DRG-Systeme sind primär als ein Instrument zu verstehen, die Leistungserbringung eines Krankenhauses zu operationalisieren, (Finanz-) Ressourcen gemäß dem Verursacherprinzip zu Vergütung von Leistungen einzusetzen, eine klinikübergreifende Vergleichbarkeit anhand des ökonomischen Ressourceneinsatzes und des Behandlungsergebnisses zu ermöglichen, sowie Qualitätsstandards festzulegen, zu überprüfen und zu sichern.“ (Rutz 2006, S. 53f)

Im DRG-System sind Fallpauschalen ein existentieller Bestandteil. Mithilfe der Fallpauschale wird die Vergütung einer definierten Erkrankung und deren Behandlung, allerdings ohne die anfallenden Pflegepersonalkosten am Bett, in einer bestimmten Bandbreite der Verweildauer kalkuliert. Innerhalb dieser sich ergebenden Bandbreite wird die gleiche Pauschale unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer gezahlt. Kommt es zu einer Über- oder Unterschreitung der ermittelten Verweildauer so werden Vergütungszuschläge oder -abschläge durch Rechnung getragen. (vgl. Kautz 2021b)

4.2 DRG-System in Deutschland

„DRGs sind eine Möglichkeit der Patientenklassifikation. Sie fassen Behandlungen in Akutkrankenhäusern auf der Grundlage von Falldaten nach klinischen Kriterien zu annähernd homogenen Gruppen zusammen.“ (Weber 2007, S. 58f)

Das in Deutschland praktizierte DRG-System orientiert sich am Vorbild des australischen DRG-Systems (AR-DRG-System) und wird als G-DRG-System kenntlich gemacht („G“ steht für German). (vgl. Geisen 2002, S. 1)

Das DRG-System ist als Top-Down-System ausgelegt und klar strukturiert aufgebaut. Die Klassifikation beginnt, indem Patienten*innen durch einen entsprechenden Behandler in eine Hauptgruppe, sogenannte MDCs (Major Diagnostic Category), eingestuft werden. Im deutschen DRG-System existieren

23 Hauptgruppen. (vgl. Kolb 2011, S. 51) Anhand von Großbuchstaben sind die MDCs in ihrer Systematik gekennzeichnet. Vorwiegend sind die MDCs nach Organsystemen gegliedert, die jeweilige Zuordnung erfolgt in der Regel über die Hauptdiagnose (vgl. Ziers & Stockdreher 2005, S. 38). Eine Hauptdiagnose wird laut Deutschen Kodierrichtlinien (2021, S. 4) definiert als, die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.

In der darauffolgenden Ebene unterscheidet man die MDCs in drei Partitionen:

1. operativ
2. medizinisch
3. „andere“ Partition

Dort werden die Fälle nach den durchgeführten Prozeduren eingeordnet. (vgl. Ziers & Stockdreher 2005, S. 38) Bei den Prozeduren erfolgt eine analoge inhaltliche Abstufung. Hierbei wird die Hauptprozedur als diejenige definiert, die bei der Behandlung der Erkrankung in Verbindung mit der Hauptdiagnose im Mittelpunkt stand. Es gibt verschiedene Abgrenzungskriterien, die bei der Einstufung der DRGs berücksichtigt werden müssen. Hierzu zählt das Geschlecht, welches sich durch die medizinische Besonderheit einer Behandlung (z.B. Entbindung, Gebärmutterentfernung) ergibt, jedoch ist dies nicht von zentraler Bedeutung. Zu den essenziellen Faktoren bei der Einstufung in eine DRG zählt das Alter. Insbesondere bei pädiatrischen Erkrankungen, sowie bei der Behandlung älterer Menschen. Der besondere Stellenwert des Alters bei der Zuordnung der DRGs liegt der Annahme zugrunde, dass sich die Behandlungskosten einer zu versorgenden Person in Abhängigkeit des Alters unterscheiden. Auch das Geburtsgewicht spielt für die Behandlung von Frühgeborenen eine zentrale Rolle, da es die Behandlungsdauer und Behandlungsintensität determiniert. Als DRG-Einstufungskriterium dient außerdem die Beatmungsdauer mit dem Ziel, ökonomisch besonders aufwendige Behandlungen adäquat zu vergüten. Grundlage hierfür sind die Anzahl der Beatmungstunden, wobei eine Mindestzeit (z.B. >95h) vorgegeben wird. Abschließend ist die Verweildauer als erforderliche Dateninformation aufzuzählen, diese findet bei der DRG Anwendung, die als Ein-Tages-

Behandlungen definiert sind. (vgl. Rutz 2006, S. 162f) Um bei der Ermittlung der DRG so exakt wie möglich zu sein, werden sogenannte Schweregrade berücksichtigt. Deren Zuordnung erfolgt hauptsächlich über Nebendiagnosen. (vgl. Ziers & Stockdreher 2005, S. 38) Nebendiagnose wird laut den Deutschen Kodierrichtlinien (2021, S. 13) definiert als, eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt. Diagnosen aus früheren Krankenhausaufenthalten gelten nicht als Nebendiagnose.

Bei den Schweregraden kann je nach System zwischen 1 bis n Schweregraden unterschieden werden (vgl. Kolb 2011, S. 51). Im G-DRG-System gibt es vier verschiedene Schweregrade, welche anhand der DRG-Signatur kenntlich gemacht werden, mit den Buchstaben A bis D. Die Signatur ist nach entsprechendem Schweregrad gegliedert, somit steht A für den höchsten Ressourcenverbrauch und D für den niedrigsten Ressourcenverbrauch. Zusätzlich gibt es die Signatur Z, welche für eine ungesplittete DRG steht. (vgl. Ziers & Stockdreher 2005, S. 38)

In der nachfolgenden Abbildung ist die vorrangigsten Erläuterung des Top-Down-DRG-System veranschaulicht dargestellt.

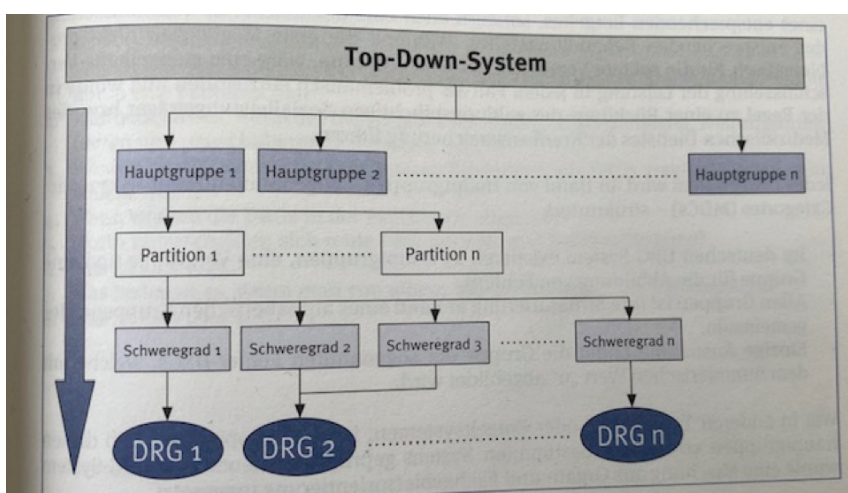


Abbildung 1: DRG Top-Down-System
(Kolb 2011, S. 51)

Da eine manuelle Eingruppierung der entsprechenden Daten außerhalb eines messbar zeitlichen Rahmens liegt, werden die fallabhängigen Angaben in einen

Groupier eingeegeben. Es handelt sich hierbei um ein Software-Programm, welches im klinischen Alltag die Zuordnung von Behandlungsepisoden zu Major Diagnostic Categories (MDC) und Diagnosis Related Groups (DRG – Einordnung von Patientenfällen in diagnosebezogene Fallpauschalen) ermöglicht. So wird sichergestellt, dass das fallspezifische Entgelt (DRG Erlös) von medizinisch erbrachten Leistungen ermittelt und zu Abrechnungszwecken genutzt wird. (vgl. Reimbursement Institute 2022)

Ein weiteres Merkmal des DRG-Systems ist, dass für jede DRG eine Ober- und eine Untergrenzverweildauer festgelegt wurde. Sollte die Dauer der stationären Behandlungen die obere Grenzverweildauer überschreiten, so wird für jeden weiteren Tag zusätzlich zur DRG ein Zuschlag bezahlt. So ist es auch beim Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer, hierbei erfolgt analog ein Abschlag. Die Vergütung einer DRG erfolgt hierbei nicht über einen festgesetzten Euro Betrag, sondern über eine Bewertungsrelation, das Relativgewicht. (vgl. Ziers & Stockdreher 2005, S.39) Laut dem Reimbursement Institute (2022b) versteht man unter dem Relativgewicht, einen Punktwert, der als Multiplikator zum (Landes-)basisfallwert eingesetzt wird und somit die pauschale Erlöshöhe eines Patientenfalls maßstäblich mitbestimmt. Dies wird auch als „Währung“ des DRG-Systems bezeichnet.

Um das DRG-System zugleich als Entgeltsystem nutzen zu können, ist der Entgeltkatalog ein integraler Bestandteil. Es existieren mehrere Kataloge, Grundlage hierfür ist die sogenannte Fallpauschalvereinbarung, die die Abrechnungsbestimmung für die Anwendung der DRGs festlegt. 2010 bestand der Katalog aus insgesamt 1200 Entgelten. (vgl. Kolb 2011, S. 57ff)

Kurz zusammengefasst, die Höhe der DRG-Fallpauschale richtet sich hauptsächlich nach der Krankheitsart (Diagnose), Operation und Schweregrad der Erkrankung. Somit verursachen Patienten und Patientinnen mit mildereren Erkrankungen weniger Kosten als diejenigen mit schweren, aufwendig zu behandelnden Erkrankungen. Mit Hilfe der Fallpauschale wird eine genauestens definierte Erkrankung und deren Behandlung in einer bestimmten Bandbreite der

Verweildauer vergütet. Innerhalb der vorgegebenen Bandbreite erfolgt die Pauschalvergütung unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer. Die Höhe der Fallpauschale wurde für eine mittlere Verweildauer kalkuliert. Sollte es zu einer deutlich längeren bzw. kürzeren Verweildauer führen, werden in der Regel Zu- und Abschläge auf die Fallpauschale erhoben. (vgl. Kautz 2016)

4.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Um einen reibungslosen Ablauf eines Systems gewährleisten zu können bedarf es gewisser Regeln und damit einhergehenden Gesetze. Auch in diesem Fall formulierte der Gesetzgeber bei der Einführung des neuen Entgeltsystems mit Hilfe der KHGs eindeutige Vorgaben für die Systemgestaltung. (vgl. Kolb 2011, S. 48)

Im Rahmen des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Einführung eines „durchgängig leistungsorientierten und pauschalisierten Entgeltsystems für die Vergütung von Krankenhausleistungen“ im §17b Abs. 1 Satz 1 KHG geregelt (Weibler & Ziers 2005, S.28). Die gesetzliche Grundlage des G-DRG-Systems wird durch §17b und §18 KHG gebildet. Hierbei werden die wesentlichen Merkmale für die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser festgehalten. (vgl. Kautz 2021b) Die Selbstverwaltung besteht laut §17b KHG aus den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der deutschen Krankenhausgesellschaft (vgl. Rutz 2006, S. 153). Weitere wichtige gesetzliche Ausführungen zu den DRGs sind dem KHG, dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Fallpauschalvereinbarung (FPV) der Selbstverwaltungspartner zu entnehmen. (vgl. Kautz 2021b) Die FPV wird jährlich zwischen den Vertragspartnern auf Bundesebene neu vereinbart und ein neuer Fallpauschalenkatalog mit Regeln zur Abrechnung entwickelt. Diese werden dann wiederum vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht. (vgl. AOK-Bundesverband GbR 2022) „Nach §1 Abs. 8 der FPV der Selbstverwaltungspartner ist das Krankenhaus

verpflichtet, in seiner Rechnung den sich nach dem Fallpauschalen-Katalog ergebenden Betrag für die Fallpauschale sowie Abschläge, weitere Entgelte und Zuschläge gesondert auszuweisen.“ (Kautz 2016)

Darüber hinaus ermächtigte der Gesetzgeber das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zum Erlass von Rechtsverordnungen in einem größeren Umfang, um so auf das Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner reagieren und einer Gefährdung der jährlichen Weiterentwicklung des Vergütungssystems entgegenzuwirken (§17b Abs. 7 KHG). Daneben wurde ebenfalls eine ständige Weiterentwicklung der Entgeltkataloge gesetzlich geregelt. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus legt, gemäß §21 KHentgG seit 2005, jährlich einen Bericht zur Weiterentwicklung vor. (vgl. Rübsamen 2008, S. 57)

4.4 Ziele und Anreize

Die Einführung eines Fallpauschalsystems geht mit unterschiedlich zu erwartenden Zielen einher, die Steigerung der Wirtschaftlichkeit, eine Verbesserung der Qualität verbunden mit einer Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz, sowie mehr Wettbewerb (Ziers & Weibler 2005, S. 7).

Das DRG Finanzierungssystem verfolgt das große Ziel, ähnlich große Behandlungsfälle nach medizinischen Kriterien homogenen Fallgruppen zuzuordnen, um daraus wiederum einen pauschalen durchschnittlichen Kostenaufwand aller Behandlungsfälle dieser Gruppe zu berechnen und anschließend verbindlich einzuführen. Demzufolge, wie im §17b KHG sind DRGs Preise, die für alle Leistungen in Krankenhäusern durchgängig, leistungsorientiert und pauschaliert erhoben werden sollen. (vgl. Ziers & Stockdreher 2005, S. 28) Der Gesetzgeber erhoffte sich, durch die Einführung dieses Systems, vor allem die Kontrolle über wachsende Krankenhausaussgaben, eine langfristige Kostendämpfung und Budgetsicherheit im Gesundheitswesen, da Krankenhäuser einen entscheidenden Anteil an den Gesamtkosten haben. Es sollte ein Anreiz zur effizienten Ressourcenallokation geschaffen werden, sowie

eine verbesserte Kapazitätsauslastung der Krankenhäuser und eine Steigerung der Produktivität durch Wettbewerbsstrukturen. (vgl. Weber 2007, S. 56) Auch sekundäre Ziele lassen sich nennen. Hierzu gehört der Erhalt des Qualitätsniveaus der Behandlungen, die Erhöhung der Transparenz der Krankenhausleistungen und die Aufhebung der unterschiedlichen Pflegesätze von Krankenhäusern. Mit Erhöhung der Transparenz und die Stärkung der Wettbewerbsstrukturen, soll es den Patienten*innen möglich sein, souveräner entscheiden und handeln zu können. Langfristig gesehen sollen gleiche Preise für gleiche Leistungen stehen. (vgl. Weber 2007, S. 56)

Ursprünglich begann die Entwicklung der DRGs in den USA mit dem Ziel, Unterschiede in der Leistung und bei der Behandlungsqualität zu erklären. Hat sich weiterentwickelt zu einem System, welches als Abrechnungssystem von Krankenhausfällen dient. Das System verbreitete sich in andere Länder, wo es als Hilfestellung bei der Vereinbarung von Krankenhausbudgets, aufgrund hoher Transparenz von Leistungsmengen und -arten, eingesetzt wurde. (vgl. Ziers & Stockdreher 2005, S. 35) Die multiple Nutzung des DRG-Systems ist ein eindeutiger Trend. Der Zweck des Systems erstreckt sich nicht nur auf einen einzelnen, sondern dient mehreren Aufgaben. Hauptsächlich ist dies die Budgetierung. Darüber hinaus folgen die Abrechnung von Leistungen, die Qualitätssicherung und die, in den meisten Fällen, freiwillige Teilnahme an Benchmarking-Projekten. Dadurch werden die Krankenhäuser dem ursprünglichen Ziel gerecht, ein Instrument zur Definition des Produktes der stationären Versorgung zu sein. (vgl. Lungen & Lauterbach 2003, S. 65) Auch die Politik verfolgte Ziele mit der Einführung des G-DRG-Systems, hierzu zählen höhere Transparenz über Leistungen und Kosten, eine leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser, Förderung des Wettbewerbs, Verkürzung der Verweildauer, Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und nicht zuletzt die Stabilisierung der Ausgaben der GKV. Es wird seitens der Politik ein Strukturwechsel erwartet, der eine Optimierung des Leistungsangebotes der Krankenhäuser, Abbau von Überkapazitäten und verstärkte Kooperation der Krankenhäuser beinhaltet. (vgl. Ziers & Stockholder 2005, S. 35f) „Durch die pauschale Vergütung wird der Anreiz zu einer effizienteren

betriebswirtschaftlichen Leistungserbringung unmittelbar in das Krankenhaus übertragen.“ (Lüngen & Lauterbach 2003, S.2)

In vielerlei Hinsicht können durch die Einführung eines neuen Systems Ziele entstehen und Anreize resultieren. So zum Beispiel wird dem Krankenhaus der Anreiz gesetzt, die gestellte Diagnose mit möglichst geringen Ressourcen zu behandeln. Oder etwa dafür zu sorgen, dass jene Patienten*innen interessant werden, die mit hohen Beträgen abgerechnet werden können. Sie sollen womöglich schwierige Krankheitsbilder aufweisen, welche jedoch nur einen geringen Ressourceneinsatz benötigen. (vgl. Mühlbauer 2002, S. 27) Abkömmliche Leistungen sollen gar abgeschafft und benötigte Leistungen effizienter erbracht werden. Durch folgende Maßnahmen und Anreize soll eine kostengünstige und doch qualitativ hohe Leistungserbringung stattfinden:

- Verringerung der Bettenzahl,
- Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer,
- Verbesserung der Arbeitsorganisation,
- mehr Transparenz der Leistungserbringung durch bessere Dokumentation der Behandlungsfälle,
- Qualitätswettbewerb durch zu veröffentlichende Qualitätsberichte (§137 Abs. 1 Nr.6 SGB V). (vgl. Braun et al. 2010, S. 39)

5. Konsequenzen für den Krankenhaussektor

Ein System dieser Art erzeugt unterschiedliche Wirkungseffekte, ob nun in positiver oder negativer Weise. Im Nachfolgenden werden sowohl Vor- als auch Nachteile des Systems benannt und Konsequenzen für den Krankenhaussektor aufgegriffen.

Eine Krankenhausfinanzierung über Fallpauschalen erscheint auf den ersten Blick eine faire und nachvollziehbare Möglichkeit zu sein. Durch IT-Technologie wird der Leistungsumfang eines Krankenhauses wirklichkeitsgetreu abgebildet. Zahlungen erfolgen nur bei behandelten Krankheitsfällen, getreu dem Motto: „gleiches Geld für gleiche Leistungen“. Unterm Strich entspricht das Budget eines Krankenhauses der Anzahl seiner Patienten*innen und dem Aufwand ihrer Behandlungen. Hierbei entstehen faire Wettbewerbsbedingungen, mit dem langfristigen Ziel, dass die leistungsfähigsten Krankenhäuser am Markt bestehen. Laut theoretischer Vorüberlegungen soll sich so eine gleichmäßige und hohe Versorgungsqualität zu günstigen Preisen herausbilden, die dem Wohl der Patienten*innen dient. (vgl. Bündnis Krankenhaus statt Fabrik o.A., S. 12) Nur allein aus dem Blickwinkel der Abrechnung macht sich das System sicher bewährt, doch es geht mit problematischen Nebenwirkungen auf die Krankenhauslandschaft einher. Aus Sicht der Fachleute war es abzusehen, dass neben positiven Effekten für die Wirtschaftlichkeit auch spezifische Fehlanreize entstehen würden. (vgl. Knieps & Reiners 2015, S. 242)

5.1 Vorteile G-DRG-System

Bei der Einführung des Fallpauschalsystems sind folgende Vorteile entstanden: Zum einen die Transparenz, die Kosten und Leistungen werden eindeutig sichtbar gemacht. Im Weiteren die Leistungsanerkennung, die Abrechnung erfolgt leistungsgerecht und Beiträge wie z.B. Verbesserungsvorschläge werden hierbei ausgewiesen. Es entsteht ein Team-Aufbau, denn durch die

Leistungsanerkennung herrscht eine hohe Motivation und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Abteilungen wächst. Ebenfalls entwickelt sich eine Kulturveränderung, ein Prozess des Umdenkens. Aufgrund der Tatsache, dass Pflegepersonal und Ärzte*innen zusammenarbeiten und die Beiträge aller Ebenen gleich gewertet werden. (vgl. Schiller 2006, S.16f) Die Klassifikation der Krankenhausleistungen erfolgt über ein einheitliches amtliches Klassifikationsschema, damit werden die Leistungen vergleichbar. Somit ist die Zuordnung zu einem Entgelt eindeutig ableitbar und automatisierbar. Auch entsteht hierdurch die Möglichkeit eines internationalen Vergleichs. (vgl. Kolb 2011, S. 77) „Der hohe Freiheitsgrad des Systems führt zu einer steigenden unternehmerischen Ausrichtung der Leistungserbringen. [...] Und Aufgrund der notwendigen und differenzierten Betrachtung der Leistungen, können Schwachstellen im Betriebsablauf und im Leistungsprozess erkannt und ausgeräumt werden.“ (Kolb 2011, S. 77)

5.2 Nachteile G-DRG-System

Wie bereits erwähnt, erfolgt die Kostenrückerstattung nach dem jeweiligen DRG, unabhängig davon, wie umfangreich die Versorgung tatsächlich ist und wie früh der/die Patient*in entlassen wird. Im Umkehrschluss bedeutet das, die Vergütung hängt nicht mehr von der Verweildauer des/der Patienten*innen ab. Anders allerdings die Kosten, denn je länger der/die Patient*in bleibt, umso mehr Ressourcen muss das Krankenhaus aufbringen. Wenn also das Krankenhaus die Kosten, die für eine DRG vorgesehen sind überschreitet, macht dieses Verlust. (vgl. Wingenfeld 2011, S. 100) So werden Krankenhäuser im Rahmen ihrer Rationalisierungspotentiale versuchen, die Verweildauer für alle Krankheitsbilder zu verkürzen, um so die Kosten zu senken und den Deckungsbeitrag pro Kopf zu erhöhen. Es kommt dazu, dass die Kalkulation der internen Kosten zur Beurteilung der eigenen Wirtschaftlichkeit für das Krankenhaus immer mehr an Bedeutung gewinnen. (vgl. Weyel & Mühlhauser 2003, S. 96) Krankenhäuser, die besonders dem ökonomischen Druck

ausgesetzt sind, tendieren dazu frühere Entlassungen durchzuführen. Kommt es zu einer Diskrepanz zwischen Kosten und Erlösen, so wird die wirtschaftliche Notwendigkeit davon überlagert, ob eine Krankenhausentlastung zu einem früheren Zeitpunkt Qualitätsprobleme nach sich ziehen könnte. (vgl. Wingenfeld 2011, S. 100f) Ein daraus resultierender Effekt ist, dass Krankenhäuser dazu tendieren Patienten*innen mit geringen Schweregraden aufzunehmen, was frühere Entlassungen und eine Kostenersparnis ermöglichen (vgl. Mühlbauer 2002, S. 29). Nach Thomas Kolb (2011, S. 78) lassen sich ebenfalls weitere Nachteile des DRG-Systems nennen. Hierzu zählen der steigende Dokumentationsaufwand und ein steigender Kontrollaufwand für korrekte Kodierung. Außerdem wird die Manipulationsanfälligkeit bei Vorliegen mehrerer Diagnosen durch das sogenannte Überkodieren (DRG-Creeping) oder ein Ermessensspielraum bei der Deklaration der Haupt- und Nebendiagnose kritisiert (vgl. Kolb 2011, S. 78).

Nicht alle Krankenhäuser halten dem neuen Vergütungssystem stand. Es ist zwar von teils sinkenden Krankenhauskosten auszugehen, doch eine Reduzierung der Krankenhausbetten und damit einhergehende Schließungen können eine Folge sein. Insbesondere kleinere Häuser, die sich im Wettbewerb nicht behaupten können, müssen schließen. (vgl. Schiller 2006, S. 17f) Zu den unerwünschten Nebenwirkungen des Systems zählen ebenso die medizinisch nicht indizierte Ausweitung der Leistungsmenge, vor allem in profitablen Bereichen, Fallsplittung bei Multimorbiden, Höherbewertung von Leistungen (upcoding) oder Anhebung der durchschnittlichen Schweregrade der Behandlungsfälle und Patientenselektion. (vgl. Kneips & Reiners 2015, S. 242)

5.3 Auswirkungen G-DRG-System

Von allgemeinen Nachteilen des Systems zu spezifischen Erkenntnissen nach fast 20 Jahren der Fallpauschalabrechnung in Deutschland.

Nicht nur, dass die Versprechung der Kostensenkung der Krankenhäuser nachweislich nicht eingehalten wurde, wurden zusätzlich zehntausende Stellen

im nicht-ärztlichen Bereich abgebaut. Auch die Arbeitsbedingungen haben sich massiv verschlechtert. In Krankenhäusern ist aufgrund von Outsourcing ein großer Niedriglohnsektor geschaffen worden. Folgen sind massive physische und psychische Belastungen der Beschäftigten. (vgl. Bündnis Krankenhaus statt Fabrik o.A., S. 7) Aus einem Artikel der Hans Böckler Stiftung (2020) geht hervor, dass das Fallpauschalsystem einen enormen Kostendruck erzeugt, ohne eine systematische Berücksichtigung von Qualität sowie intransparente, rational nicht begründete Umverteilungseffekte in und zwischen Kliniken. Wodurch das DRG-System sehr problematische Entwicklungen ausgelöst und verstärkt hat. Hierzu zählt, wie eben schon genannt, die dramatische Unterbesetzung in der stationären Krankenpflege (mindestens 100.000 Vollzeitstellen fehlen) und die daraus resultierenden negativen Konsequenzen für Patienten und Patientinnen. (vgl. Hans Böckler Stiftung 2020) So fehlt den Fachkräften häufig die Zeit sich an Hygienevorschriften zu halten, eine ausreichende pflegerische Versorgung durchzuführen und dem individuellen Menschen die Zuwendung zu geben, die er für seinen Genesungsprozess benötigt (vgl. Bündnis Krankenhaus statt Fabrik o.A., S. 8). „Die Ökonomisierung hat höchste Priorität“, berichtete der ehemalige Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie, Tumorummunologie und Palliativmedizin, Helios Klinikum Berlin-Bruch Wolf-Dieter-Ludwig gegenüber der Journalistin Dagmar Röhrlich im deutschen Rundfunk (2019). Er beschreibt Geschäftsführer, mit denen es aufgrund eines betriebswirtschaftlichen Studiums nicht in einem umfassenden Bereich möglich ist, über medizinische Probleme zu sprechen. Die Ökonomie bestimmt den Alltag, die eigentliche patientenorientierte medizinische Versorgung verliert gänzlich an Bedeutung. (vgl. Röhrlich 2019) „Im Spannungsfeld zwischen Medizin und Pflege und deren ethischen Prinzipien auf der einen Seite und der Wirtschaftlichkeit auf der anderen, hat sich der Schwerpunkt in Richtung Ökonomie verschoben [...] Nur wer Gewinne erzielt, kann sich halten.“ (Röhrlich 2019) Darüber hinaus hat das Fallpauschalen-System eine Privatisierungswelle zum Anstoß gebracht, durch die es erstmals in der Bundesrepublik weniger Allgemeinkrankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft gibt, als Kliniken, die zu privaten, gewinnorientierten Konzernen gehören (vgl. Hans Böckler Stiftung 2020). Des Weiteren ist ein starker Verweildauerrückgang

zu verzeichnen, dieser ist einerseits auf den medizinischen Fortschritt zurückzuführen und andererseits spielt der finanzielle Anreiz eine beträchtliche Rolle (vgl. Knieps & Reiners 2015, S. 243).

Auf Abbildung 2 wurden verschiedene Ergebnisse hinsichtlich der Veränderungen

Jahr	Krankenhäuser		Patientenbewegung ¹			
	insgesamt	aufgestellte Betten insgesamt	Fallzahl	Berechnungs- und Belegungstage	durchschnittliche	
					Verweildauer	Bettenauslastung
Anzahl		Anzahl	in 1 000	in Tagen	in %	
1991	2 411	665 565	14 576 613	204 204	14,0	84,1
1992	2 381	646 995	14 974 845	198 769	13,3	83,9
1993	2 354	628 658	15 191 174	190 741	12,6	83,1
1994	2 337	618 176	15 497 702	186 049	12,0	82,5
1995	2 325	609 123	15 931 168	182 627	11,5	82,1
1996	2 269	593 743	16 165 019	175 247	10,8	80,6
1997	2 258	580 425	16 429 031	171 837	10,5	81,1
1998	2 263	571 629	16 847 477	171 802	10,2	82,3
1999	2 252	565 268	17 092 707	169 696	9,9	82,2
2000	2 242	559 651	17 262 929	167 789	9,7	81,9
2001	2 240	552 680	17 325 083	163 536	9,4	81,1
2002	2 221	547 284	17 432 272	159 937	9,2	80,1
2003	2 197	541 901	17 295 910	153 518	8,9	77,6
2004	2 166	531 333	16 801 649	146 746	8,7	75,5
2005	2 139	523 824	16 539 398	143 244	8,7	74,9
2006	2 104	510 767	16 832 883	142 251	8,5	76,3
2007	2 087	506 954	17 178 573	142 893	8,3	77,2
2008	2 083	503 360	17 519 579	142 535	8,1	77,4
2009	2 084	503 341	17 817 180	142 414	8,0	77,5
2010	2 064	502 749	18 032 903	141 942	7,9	77,4
2011	2 045	502 029	18 344 156	141 676	7,7	77,3
2012	2 017	501 475	18 620 442	142 024	7,6	77,4
2013	1 996	500 671	18 787 168	141 340	7,5	77,3
2014	1 980	500 680	19 148 626	141 534	7,4	77,4
2015	1 956	499 351	19 239 574	141 281	7,3	77,5
2016	1 951	498 718	19 532 779	142 170	7,3	77,9
2017	1 942	497 182	19 442 810	141 152	7,3	77,8
2018	1 925	498 192	19 392 466	140 225	7,2	77,1
2019	1 914	494 326	19 415 555	139 268	7,2	77,2
2020	1 903	487 783	16 793 962	120 202	7,2	67,3

Abbildung 2: Krankenhausstatistik: Verweildauer, Krankenhäuser (Statistisches Bundesamt, 2022)

in Krankenhäusern veranschaulicht. Sie zeigt, dass die Verweildauer von 1992 bis 2020 um fast die Hälfte reduziert wurde. Ebenfalls ist ein drastischer Rückgang der Krankenhäuser, 500 an der Zahl, in den Jahren zu verzeichnen. In Hinblick auf die prozentuale Auslastung der Betten, ist nur in den Jahren von 2003 bis 2020 ein Abstieg von 10 Prozent dokumentiert. (vgl. Statistisches Bundesamt 2022) Trotz steigender Kritik am System herrscht bei den politischen Entscheidungsträgern*innen ungebrochen eine marktradikale Orientierung vor, sie singen weiterhin das Hohelied von Markt und Wettbewerb. Diese Erkenntnis wurde

verdeutlicht, als im Jahre 2015 das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) verabschiedet wurde. Denn als Antwort auf die wesentlich durch den Wettbewerb produzierten Probleme lautete noch mehr Wettbewerb. Die Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern hinsichtlich der niedrigen Kosten (Kellertreppeneffekt) wurde durch die Umsetzung der KHSG verschärft. Marktaustritte sind explizit gewollt und der Versorgungsbedarf spielt keine Rolle. (vgl. Bündnis Krankenhaus statt Fabrik o.A., S. 9)

Ein weiteres Problem ist das upcoding, das heißt es kommt zu einer zu hohen Bewertung von Fällen. Bei einer Untersuchung des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung kam heraus, dass ca. 5 Prozent aller Abrechnungen unter

das besagte Phänomen fallen. Wenn diese entdeckt werden, führen sie in der Regel zu Regressforderungen der Krankenkassen. (vgl. Knieps & Reiners 2015, S. 243)

Nun zu guter Letzt ein aktuelles Beispiel für die Problematik des Systems. Der Chef des kommunalen Krankenhaus-Verbundes München Axel Fischer sagte zu Deutschlandfunk: „Immer mehr ist das ja zu einem Riesen-Monster geworden. Das Ganze DRG- oder Abrechnungssystem, das ist ja heutzutage ein Bürokratiemonster, das du kaum mehr durchschauen kannst.“ (Nützel 2021) Aufgrund dieses Monsters hat der Klinikverbund mit 7000 Mitarbeitenden, den Axel Fischer leitet, im Jahre 2020 mehr als 13 Millionen Euro Verlust gebracht. (vgl. Nützel 2021)

6. Auswirkungen auf die Qualität im Krankenhaussektor

Damit ein Krankenhaus lukrative Ergebnisse erzielen kann, ist ein kontinuierlicher Patientenfluss unerlässlich. Um dies erreichen zu können, sind vielfältige Strategien anwendbar. Zu den zwei wesentlichen Bereichen zählt zum einen, die Patienten*innen Zufriedenheit, wobei sie ihre Erfahrungen nach außen tragen und so das öffentliche Bild eines Krankenhauses formen. Und zum anderen ist die Qualität der Leistungserbringung zu betrachten. Diese setzt sich aus der medizinisch-pflegerischen Versorgung, den Versorgungsleistungen (Unterkunft und Verpflegung), dem Service und dem Auftreten des Personals (sowohl fachlich als auch menschlich) zusammen. (vgl. Weyel & Mühlhauser 2003, S. 97)

Im folgenden Kapitel wird nun auf die Auswirkungen in Hinblick auf die Versorgungsqualität eingegangen. Unter Einbeziehung einer vorherigen Begriffserklärung und Darstellung des Qualitätsmodells nach Donabedian.

6.1 Qualitätsbegriff im Krankenhaus

Bis heute existiert keine einheitlich allgemeingültige Definition, die den Begriff Qualität eindeutig und umfassend beschreibt. Das liegt mit daran, dass die Begrifflichkeit in vielen Wissenschaftszweigen auf unterschiedliche Art behandelt wird. Aber auch daran, dass sich mit der dynamischen Entwicklung des Qualitätsmanagements, auch das Qualitätsverständnis stark geändert hat. Qualität ist also kein einheitliches Konzept, sondern ein Begriff mit vielfältigen Begriffsinhalten. (vgl. Philipp 2008, S. 7)

„Nach der Europannorm DIN ISO 8402 ist Qualität die „Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesagte Erfordernisse zu erfüllen. Das Verhältnis zwischen Anforderungen und realistischen Eigenschaften steht also stets im Mittelpunkt der Qualitätsbewertung.“ (Hilgers 2011, S. 48) Aus der genannten Definition geht

deutlich hervor, dass es sich um ein mehrdimensionales Konzept handelt. Es ist eine normative Frage, wenn es darum geht, welche Merkmale in welchem Maße relevant sind. Womit also Aussagen über Qualität grundsätzlich als subjektive Beurteilung aufzufassen sind. (vgl. Hilgers 2011, S. 48) Qualität entsteht aus einem Spannungsfeld zwischen Soll- und Ist-Zustand beziehungsweise Erwartung und erlebtem Ereignis (vgl. Weber 2007, S. 66). Eine weitere Definition des Begriffs Qualität sieht wie folgt aus: „Qualität der Behandlung im Krankenhaus ist die Gesamtheit der Prozess- oder Objektmerkmale hinsichtlich der Eignung, vorgegebene Erfordernisse im Sinne des Patienten unter Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin zu erfüllen.“ (Weber 2007, S. 66)

Qualitätsmodell nach Donabedian

Avedis Donabedian, ein amerikanischer Professor für Public Health. Er war einer der ersten, der den Qualitätsbegriff auf den Gesundheitsbereich übertragen hat. Er unterteilte diesen in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. In der nachfolgenden Abbildung ist die Unterteilung der Behandlungsqualität und deren Zusammenhang zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verdeutlicht. Es wird davon ausgegangen, dass die Qualitätsdimensionen in einem Zusammenhang stehen und sich gegenseitig beeinflussen. (vgl. Landeszentrum für Gesundheit 2020)

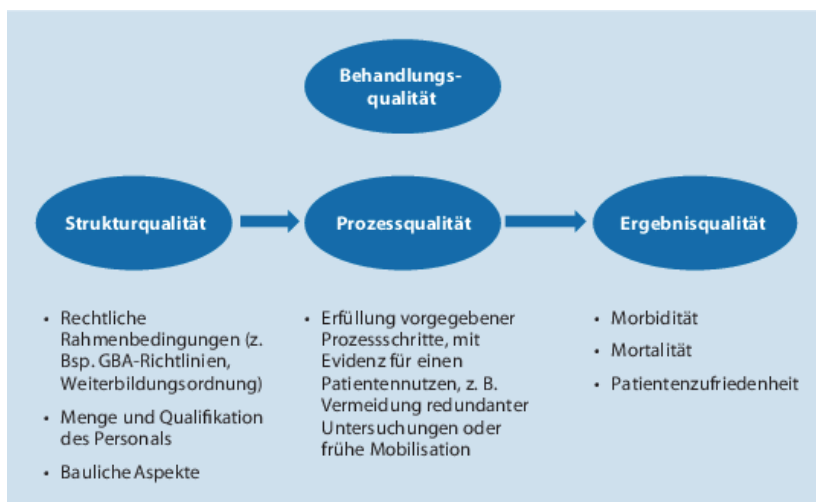


Abbildung 3: Qualitätsmodell nach Donabedian (Rollenfötsch et al. 2017)

Donabedian betrachtet diese Unterteilung keineswegs als Definition, sondern als Ansatz zur Qualitätsbeurteilung. Unter der **Strukturqualität** werden konstante Charakteristika, wie Eigenschaften von Personal und Infrastruktur, sowie die zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen verstanden. Sie wird beispielsweise durch die Anzahl, die Kompetenz und die Motivation der Mitarbeitenden oder auch durch die finanziellen Mittel bestimmt. Hierbei wird die Qualitätsfähigkeit einer Klinik widerspiegelt und weniger die Qualität selbst. Demnach beschreiben die Strukturkriterien das Potenzial für eine gute Qualität. (vgl. Philipp 2008, S. 12f)

Die bedeutendste der drei Qualitätskriterien ist die **Prozessqualität**, welche sich im Wesentlichen auf alle Maßnahmen, die bei der Leistungsdurchführung, unter Berücksichtigung der spezifischen Situation und den individuellen Krankheitsmerkmalen der Patienten*innen ergriffen werden. Die Prozessqualität bezieht sich sowohl auf die medizinische als auch auf die nicht-medizinische Betreuung. Auch wie bei der Strukturqualität kann, hohe Prozessqualität kein optimales Ergebnis garantieren. Sie stellt jedoch einen wichtigen Bestimmungsfaktor dar. (vgl. Philipp 2008, S. 13)

Die **Ergebnisqualität** bildet die wichtigste Grundlage für die Evaluation der erbrachten Leistungen (vgl. Philipp 2008, S. 13) „Das Ergebnis des Behandlungsprozesses zeigt sich in der Veränderung des Gesundheitszustandes des/der Patienten*in und stellt somit die eindeutigste Bezugsbasis für eine Beurteilung der Versorgungsqualität dar.“ (Philipp 2008, S. 13)

6.2 Qualitätssicherung im Krankenhaus

Mit der Einführung des DRG-Fallpauschalsystems gewann die Qualitätssicherung medizinischer Leistungen nochmal mehr an Bedeutung. Der Bedarf an Qualitätssicherungsmaßnahmen stieg. Auf der einen Seite war die Einführung des Systems direkt mit dem Ziel einer Qualitätsverbesserung verbunden und auf der anderen Seite sollten Qualitätssicherungsmaßnahmen

möglichen Fehlanreizen des Vergütungssystems gezielt entgegenwirken. (vgl. Hilgers 2011, S. 51f) Die gesetzlichen Vorschriften sind im SGB V zu finden. Im §135a SGB V ist die allgemeine Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung verankert und die Beauftragung zur Vereinbarung konkreter Qualitätssicherungsmaßnahmen in den §§137 und 137c SGB V. (vgl. Hilgers 2011, S. 52) Wenn Krankenhäuser ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung nicht nachkommen, so wird die gemeinsame Selbstverwaltung dazu beauftragt, auf Bundesebene Vergütungsabschläge zu vereinbaren (vgl. Weyel & Mühlhauser 2003, S. 105). Durch die Qualitätssicherung werden zwei Hauptziele verfolgt. Zum einen soll krankenhausextern sichergestellt werden, dass die Qualität den gestellten Anforderungen entspricht. Und zum anderen, krankenhauseintern müssen nicht erfüllte Qualitätsanforderungen und Qualitätsschwachstellen erkannt und behoben werden. (vgl. Weber 2007, S. 67) „Die Qualitätssicherung ist Bestandteil des Qualitätsmanagements und auf die Schaffung von Vertrauen gerichtet, um Qualitätsforderungen zu erfüllen. Dies wird vor allem durch die Darlegung der Qualitätsanforderungen in der Vergangenheit und die Vorsorgemaßnahmen für die Zukunft erreicht.“ (Weber 2007, S. 68)

6.3 Auswirkungen auf die Versorgungsqualität

Im europäischen Vergleich lag Deutschland im Jahre 2005 auf Platz drei bei der Qualität stationärer Behandlungen. 8 Jahre später lagen deutsche Häuser nur noch auf Platz neun und dass, obwohl hier europaweit die zweithöchsten Gesundheitsausgaben insgesamt verbucht werden. Dies liegt dem Zugrunde, dass die Ausgaben oft nicht optimal eingesetzt werden, viele Krankenhäuser haben Verbesserungspotential. (vgl. Hoffrichter 2015)

Durch das Fallpauschalsystem nimmt die Orientierung an wirtschaftlichen Zielen immer weiter zu, was sich wiederum negativ auf die Patientenversorgung und auf den Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte auswirkt. (vgl. Flintrop 2006) „Ich muss mir eigentlich schon, wenn der Patient zur Station reinkommt, überlegen, wann

geht er wieder raus und wie geht er wieder raus. Ich muss praktisch am ersten Tag alles in die Wege leiten, damit er gesichert draußen weiterversorgt werden kann.“ -Stationsleitung (Flintrop 2006) Die Anfänglich vermuteten „Blutigen Entlassungen“ spielen hierbei allerdings keine Rolle. Sowohl das medizinische Personal als auch die Patienten*innen selbst beurteilen den Entlassungszeitpunkt als angemessen. (vgl. Sens et al. 2009, S. 42) Doch auch wenn der Zeitpunkt der Entlassung keine lebensbedrohlichen Konsequenzen nach sich zieht, so wird der Fokus doch auf den vor- und nachstationären Bereich gelegt. Doch durch den Wechsel des/der behandelnden Arztes*in wird die Kontinuität der Behandlung unterbrochen und teilweise nicht in dem Ausmaß weitergeführt. (vgl. Flintrop 2006)

Eine bedeutende Rolle bei der Versorgungsqualität spielen die Zufriedenheit und Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden. In den Jahren zwischen 2003 und 2017 sank die Zufriedenheit des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern um 10 Prozent, doch die Arbeitsbelastungen und Anforderungen stiegen. Höchst motivierte Mitarbeitende kommen und psychisch stark belastete und überarbeitete Menschen gehen. Die Folge, die Qualität der Pflege sinkt. Im Grunde wird morgens entschieden, auf welche wichtige Pflegeleistung man bei wem noch am ehesten verzichten kann. (vgl. Heinrich 2017) „Die dünne Personaldecke bei der pflegerischen Versorgung eines immer unterstützungsbedürftigeren Patientenkontingents, der vielerorts mit bloßem Auge erkennbare Dauerstress der Ärzteschaft, die Degradierung der Sozialdienste zum Turbo-Entlassungsmanagement sowie die immer wieder neu auftretenden Bilanzdefizite und darauf hektisch reagierenden gesundheitspolitischen Sonderprogramme- all das hat zu einer allgemeinen Verunsicherung über die Leistungsfähigkeit des Krankenhauswesens geführt, die heute die Politik unter Zugzwang setzt.“ (Bode 2019)

7. Konklusion und Ausblick

Die zu Beginn der Arbeit dargestellten Reformen im Gesundheitswesen zeigen, mit was für einem langwierigen Prozess das Finanzierungssystem im Krankenhaus verbunden ist. Und ein zufriedenstellendes Ende ist noch nicht in Sicht.

Mit der damaligen Einführung des DRG-Systems in Deutschland vollzog sich ein großer Wandel der bestehenden Ordnung. Ziel des Ganzen, war es eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit, eine Verbesserung der Qualität verbunden mit einer Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz, sowie mehr Wettbewerb hervorzurufen. Aufgrund der vorangegangenen Erarbeitung kann man sagen, dass die gestellten Ziele des Systems doch im mehrheitlich erreicht wurden.

Das System zeigt allerdings deutlich, dass die Wirtschaftlichkeit eine übergeordnete Rolle eingenommen hat. Dabei geht es doch eigentlich um das Wohl der Menschen, Heilung und die Vermeidung von Leid und Krankheit und nicht darum, möglichst teure lukrative Operationen zu verrichten und viele Einheiten von höchstentwickelten Technologien durchzuführen, um die teuren Maschinen zu refinanzieren. Neuordnung oder nicht, der Kern des Problems sind die unterschiedlichen Erwartungen der einzelnen Träger. Kommunale Klinikträger, die nach dem Willen der Politik einen Sicherstellungsauftrag erfüllen sollen, haben oft andere Interessen als private Träger, die nach dem Willen ihrer Eigentümer vor allem möglichst gewinnorientiert arbeiten sollen. Wiederrum umliegende Arztpraxen haben andere Interessen als die jeweiligen Kliniken. Und auch Krankenkassen verfolgen andere Interessen als Ärzte*innen und Krankenhäuser. Und zu guter Letzt, haben Bundesländer andere Interessen als der Bund. (vgl. Nützel 2021) Wohin man schaut, jeder verfolgt seine eigenen Ziele und ein gemeinsamer Nenner scheint nicht in direkter Nähe.

Doch mit Eintreten einer neuen Regierung ist auch eine erneute Krankenhausreform nicht weit. Jens Spahn sagte gegenüber der Zeitung die Zeit er sei gewillt, eine solche Reform ins Leben zu rufen und für strukturelle

Veränderungen zu sorgen. Ersten Überlegungen zur Folge soll der Bund eventuell künftig Investitionen mitfinanzieren. Wobei verbindliche Regeln für die Krankenhausplanung festgelegt werden. Die Länder können weiterhin die Planung im Detail übernehmen, ihre gesundheitspolitische Hoheit aber würde schrumpfen. (vgl. Hamann & Majewski 2021)

Resümierend kann gesagt werden, dass die wirtschaftliche Zielstrebigkeit gefördert und die unterschiedlichsten Instanzen über sich hinausgewachsen sind. Die Anreize zur Effizienzsteigerung haben gewirkt. Die Auswirkungen haben sowohl vielseitig positive als auch negative Aspekte hervorgebracht. Nicht jeder negativer Effekt kann unmittelbar auf die Einführung des DRG-Systems zurückgeführt werden. So ist beispielsweise die Verweildauerverkürzung ebenfalls ein Ergebnis des medizinischen Fortschritts. Es bleibt also weiterhin spannend, zu verfolgen, welche Verbesserungsvorschläge, Änderungen und eventuelle Reformen folgen werden. Der Grundlagen des Systems ist definitiv nicht schlecht, doch an den Feinheiten kann gearbeitet werden. Doch am Ende spielt es keine Rolle, welche Entgeltregelungen für Ärzte*innen oder Krankenhäuser festgelegt werden, es gibt immer Gewinner und Verlierer. Während sich erstere im Stillen freuen, um keine schlafenden Hunde und Neidgefühle zu wecken, können letztere den Ruin ihres Berufsstandes oder ihrer Einrichtung heraufbeschwören. Die Vergütungssysteme sind stets unvollkommen und stacheln den Ehrgeiz der Akteure an, dessen Regeln zum eigenen Vorteil auszulegen, wenn nicht gar auszuhebeln. (vgl. Knieps & Reiners 2015, S. 205) Brian Abel Smith, Nestor der britischen Gesundheitsökonomie beantwortet 1991 die Frage nach dem optimalen Vergütungssystem mit erfahrungsgesättigtem Sarkasmus: „Alle paar Jahre ein neues, damit es sich niemand darin bequem machen kann.“ So kann es von falschen Anreizen gesäubert werden und die Ärzte*innen und Krankenhäuser bleiben kreativ die Nachfrage nach ihren Leistungen zu gestalten und das Vergütungsrecht entsprechend zu interpretieren. (vgl. Knieps & Reiners 2015, S. 205f)

Quellenverzeichnis

- AOK- Bundesverband GbR. (2021). *AOK- Bundesverband: Lexikon Krankenhausfinanzierung*. Abgerufen am 08.03. 2022 von https://www.aok-bv.de/lexikon/k/index_00437.html
- AOK- Bundesverband GbR. (2022). *AOK Gesundheitskassen: Fallpauschalenvereinbarung und -katalog 2022*. Abgerufen am 30.03. 2022 von <https://www.aok.de/gp/verwaltung/drg-entgeltsystem/fallpauschalenvereinbarung-und-katalog>
- Bündnis Krankenhaus statt Fabrik. (04. 2020). *Krankenhaus statt Fabrik: Geschichte der Krankenhausfinanzierung*. Abgerufen am 08.03. 2022 von https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/download/KH_statt_Fabrik_Broschuere_2020.pdf
- Bündnis Krankenhaus statt Fabrik. (o.A.). *Krankenhaus statt Fabrik, bedarfsgerecht, gemeinwohlorientiert: Fakten und Argumente zum DRG-System und gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser*. Maintal: Druckservice Grube.
- Bode, I. (2019). *Geld im Krankenhaus: Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH .
- Braun, B., Buhr, P., Klinke, S., Müller , R., & Rosenbrock, R. (2010). *Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler- Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus* (Bd. 1. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber .
- Bundesamt für Justiz. (o.a.). *Bundesministerium der Justiz: §1 KHG*. Abgerufen am 18.03. 2022 von https://www.gesetze-im-internet.de/khg/_1.html
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV- Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH). (2021). *Deutsche Kodierrichtlinien: Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren*. Abgerufen am 29.03. 2022 von https://www.dkgev.de/fileadmin/default/DKR_2022.pdf
- Flintrop , J. (2006). *Aerzteblatt: Auswirkungen der DRG-Einführung- Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge*. Abgerufen am 11.04. 2022 von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/53507/Auswirkungen-der-DRG-Einfuehrung-Die-oekonomische-Logik-wird-zum-Mass-der-Dinge#:~:text=Im%20Vergleich%20zum%20alten%20System,gedeckt%2C%20macht%20das%20Krankenhaus%20Verlust>.
- Hamann, G., & Majewski, K. (22. 06. 2021). *Zeit Online: Jens Spahn will wieder Geld ausgeben*. Abgerufen am 11.04. 2022 von https://www.zeit.de/wirtschaft/2021-06/krankenhausreform-jens-spahn-union-die-gruenen-wahlprogramm?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F
- Hans Böckler Stiftung. (11. 12. 2020). *Hans Böckler Stiftung: Personallücken, Pflegeengpässe, Privatisierungsdruck: Studie empfiehlt abschaffung der DRG-Fallpauschalen*. Abgerufen am 05.04 2022 von <https://www.boeckler.de/de/pressemitteilungen-2675-personallucken-pflegeengpasse-privatisierungsdruck-28345.htm>
- Heinrich, C. (13. 11. 2017). *Zeit: Das Arbeiten am Limit ist ein Dauerzustand- Hebammen, Altenpfleger, Krankenschwestern und Ärzte leiden unter miesen*

- Arbeitsbedingungen. Der Pflegeforscher Michael Isfort erklärt, was das mit den Angestellten macht.* Abgerufen am 11.04. 2022 von <https://www.zeit.de/arbeit/2017-10/arbeitsbedingungen-krankenhaus-pflege-aerzte-gesundheitswesen>
- Hilgers, S. (2011). *DRG- Vergütung in deutschen Krankenhäusern* (Bd. 1. Auflage). Wiesbaden: Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Hoffrichter, U. (03. 12. 2015). *Management & Krankenhaus: Krankenhausreform-Einführung qualitätsorientierter Vergütung.* Abgerufen am 12.04. 2022 von <https://www.management-krankenhaus.de/topstories/gesundheitsoekonomie/krankenhausreform-einfuehrung-qualitaetsorientierter-verguetung>
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG). (24. 01. 2018). *Gesundheitsinformation: Aufbau und Akteure des Gesundheitssystems.* (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)) Abgerufen am 23.02. 2022 von <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.html#:~:text=Das%20Versorgungssystem%20ist%20in%20Deutschland,ambulante%20und%20station%C3%A4re%20Rehabilitations%2D Einrichtungen.>
- Kautz, H. (01. 01. 2016). *Bundesministerium für Gesundheit: Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen.* Abgerufen am 31.03. 2022 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/abrechnung-krankenhausleistungen.html>
- Kautz, H. (29. 11. 2021a). *Bundesministerium für Gesundheit: Bedeutung der Gesundheitswirtschaft.* Abgerufen am 22.02. 2022 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html>
- Kautz, H. (07. 06. 2021b). Abgerufen am 17.03. 2022 von Bundesministerium für Gesundheit: Krankenhausfinanzierung: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>
- Knieps , F., & Reiners, H. (2015). *Gesundheitsreformen in Deutschland - Geschichte - Intentionen- Kontroversen* (Bd. 1. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber .
- Kolb , D. (2011). *Grundlagen der Krankenhausfinanzierung: Einführung in die duale Krankenhausfinanzierung* (Bd. 1. Auflage). Kulmbach : Buch- und Fachverlag GmbH & Co. KG.
- Lüngen, M., & Lauterbach, K. (2003). *DRG in Deutschen Krankenhäusern: Umsetzung und Auswirkungen* (Bd. 1. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Landeszentrum für Gesundheit. (09. 12. 2020). *Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein-Westfalen: Qualitätsdimensionen in der Gesundheitsförderung und Prävention.* Abgerufen am 11.04. 2022 von https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/basiswissen/qualitaetsdimensionen/index.html
- Langer , D., & Salzburg , M. (16. 04. 2018). *Fairsicherungsbüro: häufigste Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt.* (Langer & Salzburg GmbH) Abgerufen am 22.02. 2022 von <https://www.fairsicher.de/aktuelles/die-haufigsten-ursachen-fur-einen-krankenhausaufenthalt#:~:text=Am%20h%C3%A4ufigsten%20mit%202%2C94,F%C3%A4lle%20wegen%20Krankheiten%20des%20Verdauungssystems.>

- Mühlbauer, B., & Geisen, R. (2002). *Herausforderung DRG: Das Krankenhaus zwischen Qualitäts- und Kostenmanagement*. Münster: LIT Verlag Münster-Hamburg- London .
- Nützel, N. (25. 10. 2021). *Deutschlandfunk: Die Misere der Krankenhausfinanzierung über Fallpauschalen*. Abgerufen am 12.04. 2022 von <https://www.deutschlandfunk.de/deutsches-gesundheitssystem-die-misere-der-krankenhaus-100.html>
- Philipp , I. (2008). *Qualität im Krankenhaus- Einsatz von Feedback- Systemen im Rahmen von Qualitätsmanagement*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller Aktiengesellschaft & Co. KG.
- Röhrlich , D. (12. 05. 2019). *Deutschlandfunk: Ökonomisierung der Krankenhäuser- Traurige Diagnose*. Abgerufen am 06.04 2022 von <https://www.deutschlandfunk.de/oekonomisierung-der-krankenhaeuser-traurige-diagnose-100.html>
- Rübsamen, K. (2008). *Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen (DRG- Vergütungssystem)* (Bd. 1. Auflage). Bochum: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Radtke , R. (24. 01. 2018). *statista: Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland*. (Statista GmbH) Abgerufen am 23.02. 2022 von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/>
- Radtke , R. (24. 01. 2022). *statista: Intensivmedizinische Behandlungsfälle in Deutschland*. (Statista GmbH) Abgerufen am 22.02. 2022 von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1105287/umfrage/intensivmedizinische-behandlungsfaeelle-in-deutschland/>
- Reimbursement Institute. (2022). *Reimbursement Institute: DRG- Grouper*. Abgerufen am 28.03. 2022 von <https://reimbursement.institute/glossar/drg-grouper/>
- Reimbursement Institute. (2022b). *Reimbursement Institute: Relativgewicht*. Abgerufen am 30.03. 2022 von <https://reimbursement.institute/glossar/relativgewicht/>
- Ronellenfisch, P., Böckler, D., & Schwarzbach, M. (26. 09. 2017). *Klinische Pfade zum Prozessmanagement in der Gefäßchirurgie*. Abgerufen am 11.04. 2022 von <https://link.springer.com/article/10.1007/s00772-017-0317-0#citeas>
- Rutz, S. (11. 2006). *Die Einführung von Diagnosis Related Groups in Deutschland: Interessen- Anreize- erste Ergebnisse* (Bd. 1. Auflage). Lohmar- Köln: Josef EUL Verlag GmbH .
- Schiller , N. (2006). *Controlling im Krankenhaus: DRG aus Sicht des Kostenmanagements*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller e.K. und Lizenzgeber .
- Sens , D., Wenzlaff, P., Pommer, D., & von der Hardt, P. (2009). *Effekte der pauschalisierten Vergütung in der stationären Versorgung (DRG) auf die Gesundheitsversorgung: DRG-indizierte Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Organisation, Professionals, Patienten und Qualität*. Niedersachsen: Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen.
- Statistisches Bundesamt. (23. 03. 2022). *Krankenhäuser: Einrichtungen, Betten, Patientenbewegungen*. Abgerufen am 06.04 2022 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html>

- Verband der Ersatzkassen e.V. (04. 05. 2021). *Verband der Ersatzkassen: Krankenhausfinanzierung*. Abgerufen am 17.03. 2022 von <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/krankenhausfinanzierung.html>
- Weber, L. (2007). *Das Krankenhaus im DRG- Zeitalter: Fallpauschalen und die Auswirkung auf die Qualität* (Bd. 1. Auflage). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Weyel, A., & Mühlhauser, T. (2003). *Reformen im Gesundheitswesen - Die Rolle der Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland*. Hürth: Verlag Dr. Dr. Rolf Glazinski.
- Wingefeld, K. (2011). *Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus: Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen* (Bd. 1. Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH.
- Ziers, G., & Stockdreher, K. (2005). *Diagnosis Related Groups: Diagnosebezogene Fallgruppen; Praxis und Erfahrungen; Standpunkte, Daten, Fakten* (Bd. 1. Auflage). Nierstein: ATROS Verlag & Services GmbH.

Eidesstaatliche Erklärung

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

Neubrandenburg, 26.04.2022

Ort, Datum

Unterschrift