

Signe Schönborn, Michael Draheim, Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel

DRGs – ein Exportschlager?

China setzt sich aktuell mit der Anwendung eines fallpauschalierenden Krankenhausfinanzierungssystems auseinander, dessen grundlegendes Konzept in den USA entworfen, von Australien angepasst und dann in Deutschland akribisch weiterentwickelt wurde. Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung der Fallpauschalen in Deutschland werden im Folgenden Besonderheiten des Gesundheitssystems und des Krankenhausmarktes in China skizziert und erste Schritte der Implementierung von DRGs dargestellt.

Konfuzius sagt: „Der Mensch hat dreierlei Wege, klug zu handeln: erstens durch Nachdenken, das ist der edelste, zweitens durch Nachahmen, das ist der leichteste, und drittens durch Erfahrung, das ist der bitterste.“ So charakterisierte der chinesische Philosoph um das Jahr 500 vor Christus in seiner Lehre die Entstehung von Wissen. Mehr als 2 500 Jahre später nutzt die Volksrepublik China, die in den letzten Jahren einen kaum zu vergleichenden Aufstieg in der globalisierten Welt vorgenommen hat, diese Weisheit, um die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung zu verbessern. Bei der stationären Versorgung der rund 1,379 Milliarden Menschen (Stand 2016) versucht man derzeit in China, mit Blick auf internationale Problemlösungen den Krankenhausbereich zu reformieren.

Hintergrund der DRG-Einführung in China

Die Reform der chinesischen Gesundheitsversorgung von 2009, deren Fokus unter anderem auf eine flächendeckende Krankenversicherung ausgerichtet war, hat dazu geführt, dass derzeit 95 % (Stand 2017) der gesamten Bevölkerung über eine Krankenversicherung verfügen, die den Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung sicherstellt. Mit mehreren Reformen wurden über die 1990er-Jahre drei Versicherungssysteme entwickelt, die in ihrer Struktur auch heute noch bestehen. Die 1998 eingeführte Urban Employee Basic Medical Insurance (UEBMI) versichert Angestellte im öffentlichen Sektor mit einem umfangreichen Versicherungsschutz. Die Versicherungsprämien werden zum größeren Anteil vom Arbeitgeber geleistet, Kostenbeteiligungen bestehen insbesondere bei komplexeren stationären Behandlungen. 2003 wurden für die Landbevölkerung die Versicherungsleistungen über das New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS) erweitert. Mit der Einführung der Urban Residents Basic Medical Insurance (URBMI) im Jahr 2007 wurde ein Versicherungsschutz für die Bewohner im urbanen Raum implementiert, die über die UEBMI bisher ausgeschlossen wurden. Dies betraf Kinder, Studenten, Arbeitslose und Rentner ohne vorherige Anstellung.³⁾

Die Einführung weiterer Versicherungssysteme ging mit einer enormen Wachstumsrate an Krankenversicherten mit Anspruch auf eine medizinische Behandlung und somit einem zunehmenden Bedarf an medizinischer Versorgung einher. Diese Entwicklung steht allerdings einer weniger stark zunehmenden Rate an medizinischem Personal gegenüber.⁴⁾ Eine flächende-

ckende medizinische Versorgung ist daher bisher, insbesondere für die Landbevölkerung, nicht gewährleistet.

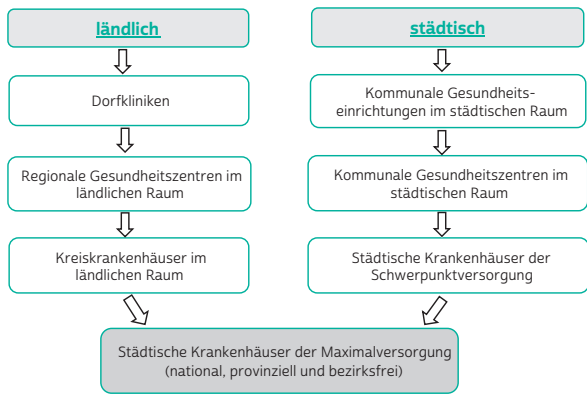
Trotz umfangreicher Investitionen in den Ausbau des ambulanten Sektors und eines enormen Anstiegs ambulant behandelte Fälle zwischen 2005 und 2013 nahmen diese in Einrichtungen der Grundversorgung ab, stagnierten in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, aber stiegen in Krankenhäusern wiederum an.⁵⁾ Weiterhin findet der medizinische Erstkontakt in China in der Mehrheit in Krankenhäusern statt. Es zeigt sich zudem, dass chinesische Patienten die Behandlung in größeren, städtischen Krankenhäusern präferieren und hierfür eine kostenintensivere Behandlung und lange Fahrt- sowie Wartezeiten auf sich nehmen.⁶⁾ Staatliche Krankenhäuser lassen sich in China in drei Kategorien einteilen: Primäre Krankenhäuser sind einfach ausgestattete Krankenhäuser der Grundversorgung auf kommunaler oder städtischer Ebene und verfügen über bis zu 100 Betten. Sekundäre Krankenhäuser operieren auf Landkreisebene und verfügen über ein breiteres Leistungsangebot und etwa 100 bis 500 Betten. Tertiäre Krankenhäuser sind Krankenhäuser der Maximalversorgung mit einer Kapazität von mindestens 500, häufig aber auch weit über 1 000 Betten. In der Regel sind sie in großen Städten angesiedelt und bieten den höchsten Standard sowohl in der medizinischen Versorgung als auch in der Einrichtung und Ausstattung. Innerhalb der drei Kategorien werden Krankenhäuser anhand ihrer Größe, des Leistungsspektrums, technischer Ausstattung und Behandlungsqualität in Gruppe A oder Gruppe B kategorisiert, wobei Gruppe A das bessere Krankenhaus kennzeichnet.⁷⁾

Hinsichtlich des Zugangs und der Inanspruchnahme stationärer medizinischer Leistungen erfolgen diese zumeist anhand verschiedener Stufen, divergierend in städtischen und ländlichen Gebieten (► **Abbildung 1**).

Infolge zahlreicher Reformen der vergangenen Jahre unterliegen Krankenhäuser nicht mehr der staatlichen Regulierung, sondern sind zunehmend privatisiert und damit gewinnorientiert ausgerichtet. Hieraus resultieren einige wesentliche Herausforderungen in der stationären chinesischen Gesundheitsversorgung, die für die flächendeckende Einführung eines fallpauschalierenden Vergütungssystems im chinesischen Krankenhaussektor sprechen:

- Der Anstieg des Anteils privater Zuzahlungen für Gesundheitsausgaben stieg im Zeitraum von 1980 bis 2000 von 21 % auf ca. 60 % an.⁸⁾ Auch nach der Reform liegt die fi-

Abbildung 1: Das Bereitstellungssystem medizinischer Leistungen in China. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Baorong (2018)



nanzielle Eigenbeteiligung des chinesischen Patienten an seiner Behandlung bei durchschnittlich 44 %.⁹⁾ Dies liegt unter anderem daran, dass im chinesischen Krankenhausbereich die Abrechnung derzeit über eine Einzelleistungsvergütung nach regionalen Katalogen erfolgt. In Hinblick auf eine gerechte Verteilung der Gesundheitsausgaben wurde China aufgrund der hohen Eigenbeteiligungen im Jahr 2000 durch die WHO weltweit auf den viertletzten Platz gestellt.¹⁰⁾

- Die bisher angewandte Einzelleistungsvergütung hat bisweilen nicht zum Anreiz einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung beigetragen und häufig eine notwendige Überweisung an ein anderes Fachgebiet oder eine andere Einrichtung verhindert. Daher ist mit der Abschaffung der Einzelleistungsvergütung eine Verbesserung der Versorgungsqualität impliziert.¹¹⁾
- Es scheint ein großes Misstrauen der allgemeinen Bevölkerung gegenüber den praktizierenden Ärzten zu bestehen. Dies lässt sich unter anderem durch die Regulierung der Preise zur Grundversorgung und damit geschaffenen Fehlreizen für niedergelassene Ärzte, Gewinne aus Medikamenten zu generieren, begründen. Dies hat zu einer nachhaltigen Schädigung der Arzt-Patienten-Beziehung beigetragen.¹¹⁾
- Zunehmende Verstärkung von regionalen Disparitäten in der medizinischen Versorgung durch die verstärkte Ansiedlung medizinischer Einrichtungen in den wohlhabenderen städtischen Gebieten.¹²⁾
- Es bestehen keine ausreichenden Kontrollmechanismen, welche zum einen die Kosten und zum anderen die Qualität der medizinischen Leistungserbringung fokussieren.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, die Effizienz in der medizinischen Versorgung zu steigern und die Verteilung und Zuweisung knapper Ressourcen zu optimieren, wird seit dem Jahr 2001 die Einführung des Fallpauschalen basierten Vergütungssystems anhand von DRGs kontrovers diskutiert und in Pilotprojekten erprobt.

Erste Umsetzungsschritte eines DRG-Systems in China

Während in Industrieländern im Krankenhauswesen der Gebrauch eines fallpauschalierten Vergütungssystems bereits weit verbreitet ist, setzen sich in den letzten Jahren auch vermehrt Entwicklungs- und Schwellenländer mit DRGs auseinander. Bereits in den frühen 1980er-Jahren begann die Erforschung und teilweise Erprobung von DRGs im chinesischen Gesundheitswesen. Ab 2001 wurde das entwickelte DRG-System der diagnosis-related group-based prospective payment system (DRG-PPS) offiziell in der Provinz Jiangsu pilotiert. Mit dem Erlass der „Notice on Piloting the simplified DRG-PPS“ des Gesundheitsministeriums im Jahr 2004 wurden sieben weitere Provinzen in die Pilotierung des Systems einbezogen und mit dem Handbuch „2008 Quality Supervision and Management Manual of Simplified DRG-PPS“ wurde die Pilotierungsphase 2008 abgeschlossen.¹³⁾ Seither scheint trotz der lang andauernden Periode der Pilotierung von DRGs die Umsetzung nur schleppend, unvollständig und partiell zu erfolgen. Selbst in Krankenhäusern, die über sechs Jahre hinweg DRGs erprobten, konnten beispielsweise nur 108 Diagnosegruppen gebildet werden. Die Krankenhäuser sind daher noch mit der Abrechnung zweier – in ihrer Struktur vollkommen unterschiedlicher – Systeme konfrontiert. Die Parallelität zweier Vergütungssysteme führt zu Optimierungsverhalten bei der Einordnung in DRGs durch die Ärzte, solange das DRG-System nicht vollständig und flächendeckend eingeführt ist. Dies zeigte sich insbesondere in den Pilotprojekten in Form von Risikoselektion, verfrühter Entlassung bei Vergütung nach Fallpauschalen sowie steigender Wiedereinweisungsrate nach Einzelleistungsvergütung.¹⁴⁾ (Jian, 2015) Zudem wird durch das Bestehen von Einzelleistungsvergütung und Fallpauschalen das Entlassmanagement negativ beeinflusst, da die erbrachten Leistungen, welche nach Einzelleistungsvergütung abgerechnet werden, häufig vor Ort von den Patienten finanziert werden müssen. Diese Zweiteilung der Patientenschaft trägt wiederum zur Steigerung des Misstrauens in der Arzt-Patienten-Beziehung bei.¹⁵⁾

Während der Evaluation der Pilotprojekte konnten viele Krankenhäuser mittels Fallpauschalen eine Reduktion der Kosten um bis zu 30 % verzeichnen. Diese geht primär auf Einsparungen durch Arzneimittelverordnungen zurück. Da diese Einsparungen jedoch auch eine unmittelbar finanzielle Auswirkung auf die behandelnden Ärzte aufweisen, entsteht die Frage, inwieweit zunächst eine Akzeptanz für das System der fallpauschalenbasierten Vergütung geschaffen werden muss. Insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen in Deutschland und angesichts der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen sind Überlegungen zur Ausgestaltung des chinesischen DRG-Systems hinsichtlich der Berücksichtigung von Personalkosten dringend notwendig. In Bezug auf eine Senkung der durchschnittlichen Verweildauer kommen diverse Studien sowie einige Pilotprojekte zu unterschiedlichen Ergebnissen. Bei Untersuchungen zur Effizienz von DRGs im Vergleich zur Einzelleistungsvergütung innerhalb

Aktuelle Entwicklung des DRG-Systems in Deutschland

Am 29. September 2017 haben sich die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (DKG/GKV/PKV) auf eine Vereinbarung zum DRG-Vergütungssystem für die somatischen Krankenhäuser für das Jahr 2018 verständigt. Der jährlich vom InEK auf Basis der Falldaten aller Krankenhäuser und der Kalkulationsdaten der Kalkulationshäuser berechnete Katalog dient im 15. Jahr der Anwendung des G-DRG-Systems als verbindliche Abrechnungsgrundlage für mehr als 20 Millionen stationäre Fälle und steuert ein Finanzierungsvolumen von über 70 Mrd. €. Doch das deutsche DRG-System wird es – in Teilen – ab dem Jahr 2020 nicht mehr geben.

Spätestens seit dem Versand des Referentenentwurfs für ein Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) am 25. Juni 2018 dürfte allen Akteuren im deutschen Krankenhausbereich klar sein, dass Bundesgesundheitsminister **Jens Spahn** die im Koalitionsvertrag angekündigte Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen auch tatsächlich umsetzen wird. Mit diesem Gesetz, welches von der DKG als das voraussichtlich „bedeutendste Reformprojekt für die Krankenhäuser in dieser Legislaturperiode“ angesehen wird, ändert sich die seit 2004 angewendete und den Krankenhausbereich strukturierende Systematik der Fallpauschale grundlegend.¹⁾ Zukünftig wird der Anteil der Pflegepersonalkosten im DRG-System über ein Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert werden.

Anzeichen dafür, dass größere Anpassungen im DRG-System notwendig sind, gab es bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) 2016. Hiermit hat der Gesetzgeber zum ersten Mal seit der Einführung des DRG-Systems als verbindliches Abrechnungssystem somatischer und stationärer Leistungen im Jahr 2004 in dessen Weiterentwicklung regelnd eingegriffen. Dabei handelte es sich um Eingriffe in das Kalkulationsverfahren des DRG-Systems, die – zum Teil ohne ausreichende Evidenz – eine partielle Abkehr von der uneingeschränkten Anwendung des Istkostenansatzes bedeuteten.²⁾ Diese Regelungen umfassen unter anderem die Korrektur der Sachkostenanteile in den Bewertungsrelationen, die Absenkung oder fallzahlabhängige Abstufung

von Bewertungsrelationen sowie die Erhöhung der Repräsentativität in der Kalkulationsstichprobe.

Neben den normativen Eingriffen in die Kalkulationsmechanik wurden neue flankierende Vergütungselemente vom Gesetzgeber installiert, die die Fallpauschalen als Vergütungselemente ergänzen sollten. Hier sind insbesondere die Zuschläge zu nennen, die für die stationäre Notfallversorgung, die Durchführung von besonderen Aufgaben in Zentren und für die Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen abgerechnet werden können. Die Finanzmittel, die durch diese Regelungen den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden, kommen zum Teil durch restriktive Umsetzungsregelungen, wie zum Beispiel bei den Sicherstellungszuschlägen oder durch eine Verweigerungshaltung der Kassen bei den Zentrumszuschlägen, nur in begrenztem Umfang bei den Krankenhäusern an.

Allerdings sind die zentralen Ursachen für die Reformen am DRG-System in den vergangenen Jahren nicht allein in der Systematik der Fallpauschalen zu suchen. So haben neben den Fallpauschalen die restriktiven gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Krankenhäuser in den vergangenen Jahren unter massiven Rationalisierungsdruck gesetzt. Neben der sich öffnenden Schere zwischen der Entwicklung der Tariflöhne auf der einen und der Landesbasisfallwerte auf der anderen Seite war die unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder einer der zentralen Auslöser dieser Fehlentwicklung. Zwar wird mit dem PpSG die Tariffinanzierung zumindest beim Pflegepersonal neu geordnet, die grundlegenden Defizite etwa in der Investitionsfinanzierung werden aber auch durch das aktuelle Gesetzesvorhaben nicht gelöst.

Aus der spezifischen Situation des deutschen Gesundheitswesens und Krankenhausbereichs resultieren gesundheitspolitische Herausforderungen, die zu den großen Eingriffen am DRG-System geführt haben und sich schwer übertragen lassen. Um die gewünschten Steuerungseffekte eines fallpauschalierenden Vergütungssystems in China zu generieren, müssen auch die dortigen lokalen Verhältnisse mit in die Ausgestaltung des Systems einbezogen werden.

eines Krankheitsbildes erfolgt jedoch häufig ein Nachweis einer verkürzten Liegezeit.^{16), 17), 18)}

Die bisherige Anwendung der vereinfachten DRGs spiegelt die besonderen Herausforderungen mit der Bildung von krankenhausbereichübergreifenden, effizienten DRGs wieder. Dies ist zum einen den enormen soziodemografischen, kulturellen und strukturellen Unterschieden zwischen den einzelnen Regionen Chinas geschuldet und zum anderen der defizitären, heterogenen Erfassung von Patientendaten. Die Doku-

mentation von Patienten- und Abrechnungsdaten ist in China bisher nicht auf nationaler oder regionaler Ebene standardisiert. Ferner entfallen bis zu 60 % der Behandlungskosten auf den aus Arzneimitteln generierten Gewinn der Ärzte. Hieraus ergeben sich wesentliche Einschränkungen für eine geeignete Kalkulationsgrundlage zur Bildung von DRGs.^{18), 19), 14)} Bleibt der Grad der Standardisierung in den Diagnose- und Behandlungsabläufen sowie in ihrer Dokumentation und Kodierung niedrig, wird eine erfolgreiche Einführung und

Umsetzung von DRGs – auch in ihrer vereinfachten Form – scheitern.

Das Ziel, die mit der Einzelleistungsvergütung verbundene Ineffizienz im stationären Sektor mit Hilfe der DRGs abzubauen, scheint noch in der Ferne zu liegen. Selbst das bereits in Teilen implementierte System der DRG-PPS wird als Prototyp, nicht als ausgereiftes System betrachtet.

Erste Eindrücke vor Ort

In Hinblick auf die weitere Reform des Gesundheitswesens wird in China aktuell der Austausch mit Gesundheitsexperten insbesondere aus Europa auf verschiedenen Ebenen gesucht. Die Staatskommission für Gesundheit, die für die Umsetzung der Reform des Krankenhausbereichs verantwortlich ist, versucht im Rahmen von Konferenzen und Austauschprogrammen mit Experten aus Wissenschaft und Praxis ins Gespräch zu kommen. In diesem Zusammenhang hat unter anderem die Deutsche Krankenhausgesellschaft an einer Konferenz vor Ort teilgenommen und über die Erfahrungen mit dem DRG-System in Deutschland berichtet. Dort haben auch weitere internationale Experten beispielsweise zum Thema Qualitätsmanagement referiert. Im Rahmen des Aufenthaltes erfolgte der Austausch mit den chinesischen Kollegen vor Ort, deren Eindrücke nachfolgend kurz geschildert werden sollen.

Eine grundsätzliche Besonderheit des chinesischen Gesundheitssystems liegt für die europäischen Betrachter in dem unmittelbaren Nebeneinander von Tradition und Innovation. So nimmt die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) immer noch einen großen Teil in der medizinischen Versorgung ein. Aus diesem Grund sind die Anforderungen, die an ein Vergütungssystem gestellt werden, auch etwas stärker auf die rehabilitative als auf die somatische Medizin ausgerichtet. TCM-Abteilungen finden sich in nahezu jedem chinesischen Krankenhaus. Auf der anderen Seite steht die flächendeckende Durchsetzung einer umfassenden Digitalisierung und Mechanisierung umfangreicher Abläufe im Krankenhaus. Dazu kann festgestellt werden, dass in China der Digitalisierungsgrad des gesamten Lebens generell deutlich höher liegt als etwa in Deutschland. So haben sich im Alltag digitale Zahlungssysteme über Alipay (chinesisches Amazon.de) oder WeChat (chinesisches WhatsApp) durchgesetzt. Im Krankenhaus Nanjing gehört es für die Patienten zum Alltag, dass die Zuweisung zum behandelnden Arzt mittels Roboter erfolgt. Dem Arzt liegen zudem alle Informationen über den Patienten digital vor, und neue Gesundheitsdaten können nach der Behandlung wiederum auf das Smartphone des Patienten übertragen werden. Die Behandlung wird mit WeChat bezahlt.

Als einer der zentralen Gründe für die Einführung des DRG-Systems wurde die erhoffte Verbesserung der Abrechnung zwischen Patienten und Krankenversicherungen genannt. Ursache für die Optimierungspotenziale bei der Abrechnung scheint die derzeit noch weit verbreitete papierbasierte Abrechnung mit der Krankenversicherung zu sein. Die vorherrschende Einzelleistungsvergütung in Verbindung mit einem je nach Versiche-

rungssystem unterschiedlich hohen Selbstbehalt führt zum Teil zu nicht unerheblichen Zuzahlungen für die Patienten. Auch gibt es derzeit in China keine systematische Vorgehensweise bei der Rechnungsprüfung. Dabei ist gerade die zunehmende Bürokratie und das Misstrauen, dem sich die deutschen Krankenhäuser im Rahmen der Abrechnung und Abrechnungsprüfung durch den MDK ausgesetzt sehen, ein Grund, warum das DRG-System in Deutschland auch zur Ablehnung in den Krankenhäusern geführt hat.

Ein weiterer Grund lässt sich in der Qualitätssteuerung der medizinischen Behandlung in China ausmachen. So besteht ein hohes Interesse an der Berichterstattung für die Patienten im Rahmen von Qualitätssicherung und Qualitätsindikatoren. Der Einführung von P4P-Modellen steht man aber zunächst kritisch gegenüber. Vielmehr möchte man derzeit lieber die Abläufe der Abrechnungsprozeduren optimieren und über Qualitätsergebnisse der Krankenhäuser berichten. Vor allem die deutschen Problemlösungskompetenzen dienen in China nach wie vor als höchster Standard, an dem es sich zu orientieren gilt. Deutsche Experten genießen in diesem Bereich eine hohe Wertschätzung. Am Ende stellt sich die Frage nach der Übertragbarkeit fallpauschalierender Vergütungssysteme. Gerade im kommunistisch-kapitalistischen Wertesystem Chinas erscheint ein Fallpauschalensystem ein Instrument, das durch seinen hohen Grad an Administrierbarkeit (Abrechnungsbestimmungen, Fallzusammenfassung) bei gleichzeitiger Ausrichtung auf ökonomische Elemente (leistungsgerechte Pauschalierung) als geeignet erscheint, um zur Anwendung zu gelangen. Die Strategie, für die eigenen Herausforderungen – auch mit Blick über den Teller – individuelle Lösungen zu suchen und selber umzusetzen, mag da zunächst vielversprechend sein. Allerdings zeigt sich, dass derzeit der Weg des Nachahmens – als der einfache konfuzianische Weg des klugen Handelns – bei dem Fallpauschalensystem nicht zielführend sein kann. Vor allem zeigen doch die Erfahrungen mit dem DRG-System in Deutschland eindrucksvoll auf, dass das Lernen aus Erfahrung zwar der „bitterste Weg“ ist, aber eben gleichzeitig auch der beste, um das System an die individuellen Gegebenheiten anzupassen.

Anmerkungen

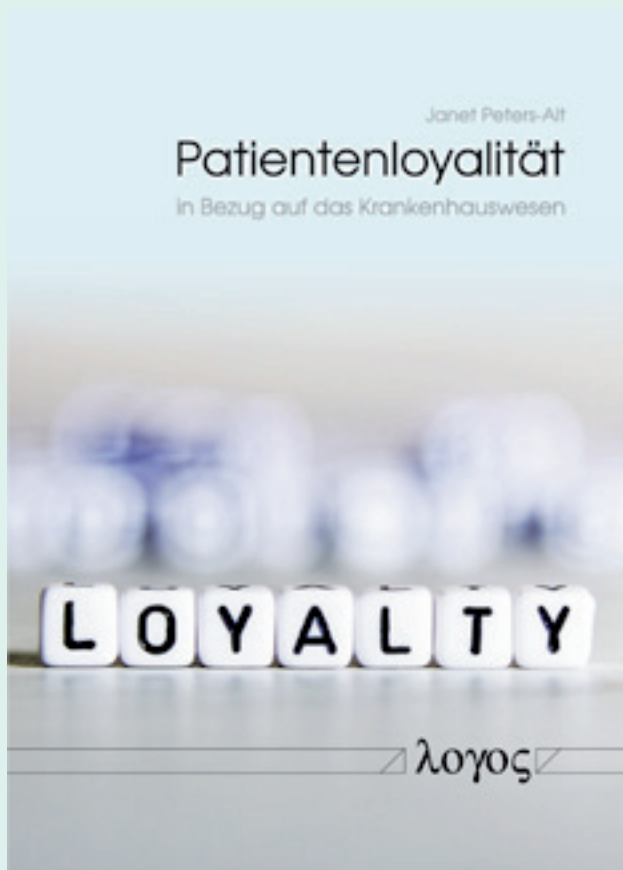
- 1) Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG) (2018)
- 2) C. Jaeger, M. Draheim: Alles neu in 2018 – DRG-Kalkulation 2.0, das Krankenhaus 1 (2017), Seite 22–27
- 3) G. Liu, S. Vortherms, X. Hong: China's Health Reform Update, Annual Review of Public Health (2017), Seite 431–448
- 4) Y. Baorong: Chinese report: improving China's capacity to supply medical services, in: Reforming China's Healthcare System (2018), Seite 351–398
- 5) D. Wu, T. Lam: Underuse of Primary Care in China: The Scale, Causes, and Solutions (2016), Seite 240–247
- 6) L. Shi, D. Lee, H. Liang, L. Zhang, M. Makinen, N. Blanchet, R. Kidane, M. Lindelow, H. Wang, S. Wu: Community health centers and primary care access and quality for chronically-ill patients – a case-comparison study of urban Guangdong Province, China (2015), International Journal for Equity in Health, 14:90
- 7) Y. Sun, H. Gregersen, W. Yuan: Chinese health care system and clinical epidemiology (2017), Clinical Epidemiology, Seite 167–178

- 8) NBS, National Bureau of Statistics in China: China Statistical Yearbook, 2005–2015
- 9) WHO, World Health Organization: Anteil der staatlichen und privaten Aufwendungen für Gesundheit in ausgewählten Ländern im Jahr 2014 (2015)
- 10) WHO, World Health Organization: The World Health Report 2000 (2000)
- 11) W. Yip, W. Hsiao, Q. Meng, W. Chen, X. Sun: Realignment of incentives for health-care providers in China (2010), *The Lancet*, Seite 1120–1130
- 12) D. Blumenthal, W. Hsiao, Privatization and Its Discontents – The Evolving Chinese Health Care System (2005), *The New England Journal of Medicine*, Seite 1165–1170
- 13) R. Liu, J. Shi, B. Yang, C. Jin, P. Sun, L. Wu, D. Yu, L. Xiong, Z. Wang: Charting a path forward: policy analysis of China's evolved DRG-based hospital payment system (2017), *International Health*, Seite 317–324
- 14) W. Jian, M. Lu, K.Y. Chan, A.N. Poon, W. Han, M. Hu, W. Yip: Payment Reform Pilot In Beijing Hospitals Reduced Expenditures And Out-Of-Pocket Payments Per Admission (2015), *Health Affairs*, 34(10), Seite 1745–1752
- 15) W.-P. Jiao: Diagnosis-Related Groups' Payment Reform in Beijing (2018), *Chinese Medical Journal*, 131(14), Seite 1763–1764
- 16) Z. Gong, S.J. Duckett, D.G. Legge, L. Pei: Describing Chinese hospital activity with diagnosis related groups (DRGs). A case study in Chengdu (2004), *Health Policy*, 69, Seite 93–100
- 17) Z. Wang, R. Liu, P. Li, C. Jiang: Exploring the transition to DRGs in Developing Countries: A case study in Shanghai, China (2014), *Pakistan Journal of Medical Sciences*, Seite 250–255
- 18) Z. Wang, R. Liu, P. Li, C. Jiang M. Hao: How to Make Diagnosis Related Groups Payment More Feasible in Developing Countries – A Case Study in Shanghai, China (2014), Seite 572–578

Anschrift der Verfasser

Michael Draheim, DKG, Dezernat Krankenhausfinanzierung und -planung, Wegelystr. 3, 10623 Berlin/Signe Schönborn/ Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth, Prieserstr. 2, 95444 Bayreuth

Bücher



Janet Peters-Alt: Patientenloyalität in Bezug auf das Krankenhauswesen. Bestandsaufnahme, Begriffe, Kriterien, Potential. Logos Verlag, Berlin 2018, 148 Seiten, 42.50 €, ISBN 978-3-8325-4617-5.

Nicht jeder zufriedene Patient ist loyal gegenüber seinem Krankenhaus. Loyale Patienten wählen ein Krankenhaus wieder und empfehlen es weiter. In Deutschland sind die Entstehung und die Auswirkungen von Patientenloyalität ebenso wie die Möglichkeiten der Messung und Beeinflussung bisher kaum bekannt. Jedoch wird das Wissen um die Patientenloyalität, ebenso wie in den USA, für den langfristigen wirtschaftlichen Erfolg immer wichtiger. Die Entstehung von Loyalität wird erklärt und der aktuelle Forschungsstand der Einflussmöglichkeiten von Loyalität wird aufgezeigt. Positive Erfahrungen, Empfehlungen, Patientenbeteiligung, Empathie oder Mitarbeiterzufriedenheit: Welches sind die wichtigsten Kriterien für Loyalität gegenüber dem Krankenhaus? Die Autorin stellt Verfahren zur Messung der Patientenloyalität vor und zeigt Auswirkungen von Patientenloyalität auf.

Mit der Beschreibung von Maßnahmen zur Steigerung von Patientenloyalität und Mitarbeiterloyalität werden praxisnahe Hinweise gegeben, damit sich die Patienten und Mitarbeiter im Krankenhaus wohl fühlen und die positive Wahrnehmung in der Bevölkerung steigt.

Janet Peters-Alt ist Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin und promovierte an der Universität Bremen. Sie arbeitet in leitender Position als Medizincontrollerin und Qualitätsmanagerin in verschiedenen deutschen Krankenhäusern. Nach einem mehrjährigen USA-Aufenthalt wechselte sie 2012 in die Unternehmensberatung. Frau Peters-Alt ist eine gefragte Buchautorin und Lehrbeauftragte an verschiedenen Hochschulen.