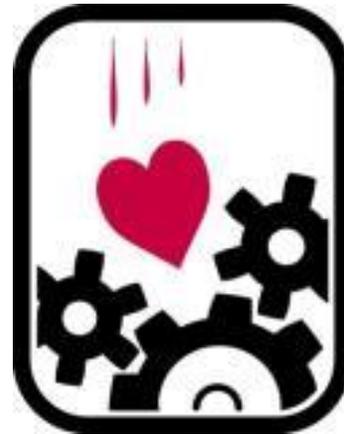


verein  
demokratischer  
ärztinnen und  
ärzte



**KRANKEN** HAUS  
STATT **FABRIK**  
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

**Personal als Kostenfaktor:**

**Wie haben DRGs Arbeitsbedingungen und  
professionelles Ethos in Krankenhäusern verändert?**

Dr. Peter Hoffmann

# I ökonomische Gesetzmäßigkeiten des G-DRG-Systems machen das Personal zum „Kostenfaktor“

**DRGs** = Diagnosis Related Groups = Fallgruppen

einheitliche Pauschale

für eine bestimmte Behandlung / Operation / Prozedur

einer bestimmten Diagnose

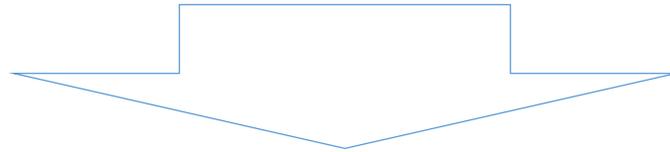
2020: 1292 DRGs

# so funktioniert das G-DRG-System

- Nur behandelte „Fälle“ werden bezahlt nicht Vorhaltekosten
- Abgrenzung von Fallgruppen anhand tatsächlicher Ist-Kosten
- Berechnung von Relativgewichten der Fallgruppen und des Durchschnitts
  - z.B. C17Z Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen RG = 0.541
  - Z.B. A01A Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden RG = 32,718
- Regulierung der Preise
  - der Landesbasisfallwert wird als **Festpreis** für eine durchschnittlich aufwendige Krankenhausbehandlung ( = Relativgewicht 1,0 ) politisch festgelegt (BY 3.660,92 €)
  - das Preisniveau ist also von den tatsächlichen Ist-Kosten abgekoppelt
- Fallpauschale in € = Relativgewicht x Landesbasisfallwert

# diese ökonomischen Anreize setzt das DRG-System

$$\text{Gewinn} = \text{DRG-Erlöse} \textit{ minus} \text{ Kosten}$$



Zahl lukrativer Fälle ↑

Operationen ↑

Prozeduren ↑

Zahl defizitärer Fälle ↓

Behandlungskosten ↓

Privatisierung ➔ Stellenstreichungen  
bzw. Outsourcing

Privatisierung ➔ Lohndumping

**Belastungskennziffer  
(Patienten pro  
Beschäftigter)  
Allg. KHS nach Träger**

	2017	Diff. in %*
<b>Personal Gesamt</b>		
öffentlich	20,0	
FGN/Kirche	25,8	
privat	26,4	32,1
<b>Ärzte</b>		
öffentlich	107,9	
FGN/Kirche	142,3	
privat	136,0	26,0
<b>Pflege</b>		
öffentlich	60,1	
FGN/Kirche	66,5	
privat	67,2	11,8
<b>Med. techn. Dienst</b>		
öffentlich	105,8	
FGN/Kirche	181,1	
privat	189,8	79,3
<b>Funktionsdienst</b>		
öffentlich	166,5	
FGN/Kirche	196,2	
privat	178,5	7,2
<b>Verwaltung</b>		
öffentlich	270,1	
FGN/Kirche	361,4	
privat	397,4	47,1

Quelle: Destatis,  
Grunddaten Krankenhäuser,  
Fachserie 12 Reihe 6.1,  
verschiedene Jahrgänge,  
eigene Berechnung

	öffentlich	fgn/Kirche	privat	Diff. in Euro
Personalkosten insg.	71.987	72.926	69.725	2.262
Ärztlicher Dienst	124.895	130.832	131.492	-6.598
Pflegedienst	59.386	59.021	53.664	5.722
Medizinisch-technischer Dienst	59.663	57.178	52.974	6.688
Funktionsdienst	60.504	60.863	54.920	5.584
Klinisches Hauspersonal	38.768	35.706	31.128	7.641
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	44.497	42.707	37.875	6.622
Technischer Dienst	60.460	60.722	53.104	7.355
Verwaltungsdienst	64.668	61.708	59.778	4.890

# Ökonomisierung

> verkehrt das Verhältnis von Mittel (Geld) und Zweck (Patientenwohl)

> beschädigt die innere Struktur eines Krankenhauses

- Kaputtsparen von Notwendigem (Sozialdienst, Physiotherapie, Logopädie...)
- Abgrenzung der Funktionseinheiten, Kostenstellen“logik“ ➡ Outsourcing
- Organisatorische Zersplitterung statt Netzwerkstruktur
  
- Befehl und Gehorsam statt Kooperation und Verantwortung
- organisierte Verantwortungslosigkeit statt Führung
- Patient\*innen beklagen Desorganisation von Behandlungsabläufen



# Deprofessionalisierung

## Zielkonflikt von Ethik und Geld

**Ärzt\*innen** sind zwangsläufig **Täter und Opfer** im G-DRG-System

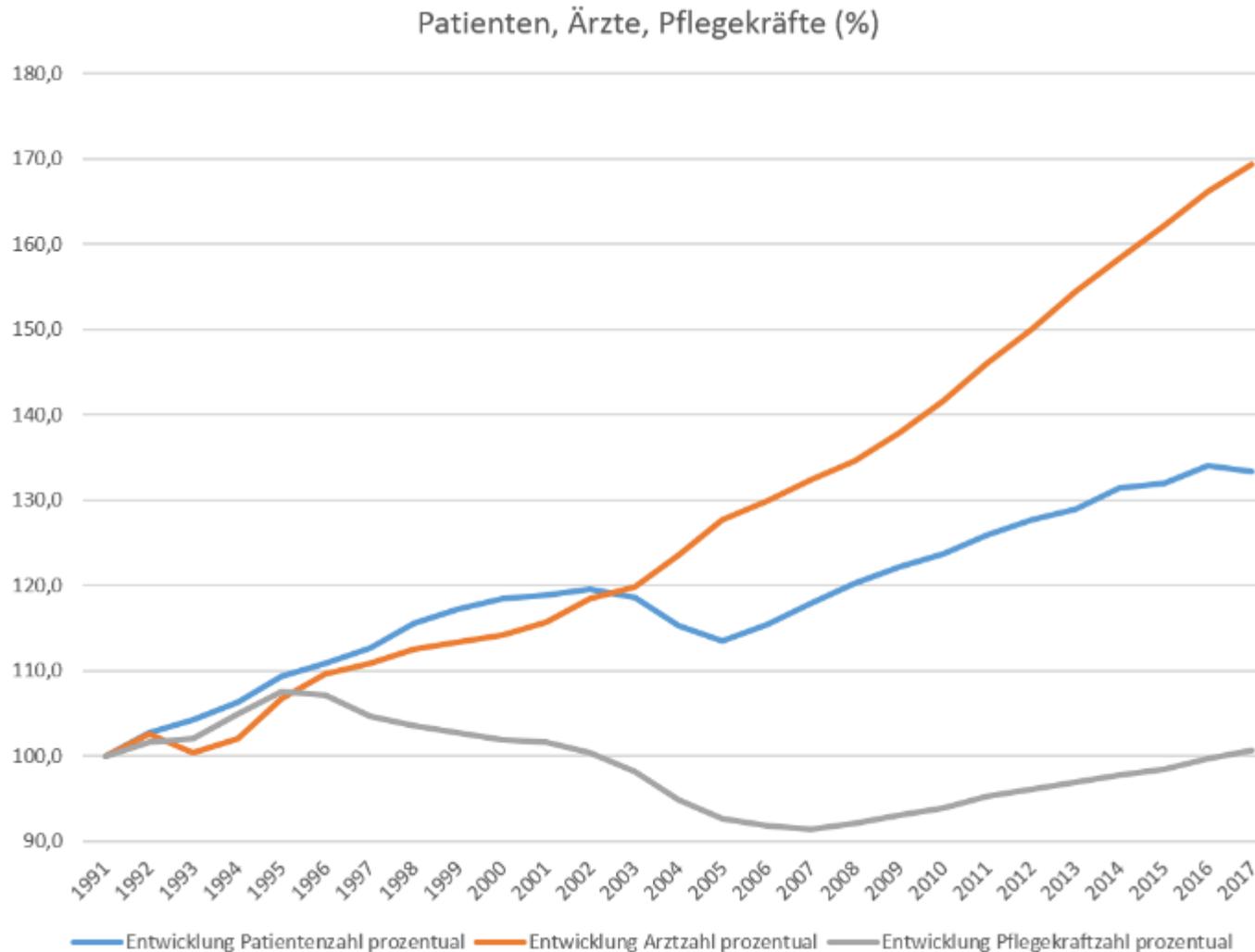
- ärztliche Tätigkeit bestimmt wesentlich die Höhe der Erlöse eines KH
- Entscheidung über stationäre Aufnahme einer erkrankten Person
- Zuordnung eines „Falls“ zu einer DRG (Fallgruppe)
  - Festlegung der Hauptdiagnose (ICD 10), Nebendiagnosen und Komplikationen
  - Indikationsstellung und Durchführung von OPs und Prozeduren (OPS 2020)

➤ **In der verkehrten Logik von Ökonomisierung und Verbetriebswirtschaftlichung**

- **bringt der ärztliche Dienst Geld ins Krankenhaus, während**
- **alle anderen Beschäftigten vermeintlich nur Geld kosten**

# Patienten, Pflegekräfte, Ärzte - Entwicklung der Zahlen

(alle KHS, 1991 = 100%)



Quelle: Destatis,  
Grunddaten  
Krankenhäuser,  
Fachserie 12 Reihe 6.1,  
verschiedene  
Jahrgänge, eigene  
Berechnung

# II Deprofessionalisierung der Gesundheits-Fachberufe: im Zielkonflikt von Ethik und Geld sind **Ärzt\*innen** zwangsläufig **Täter und Opfer** im G-DRG-System

## individuelles Patientenwohl



## betriebswirtschaftliche „Optimierung“?

- (§2) Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen (...) entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen sie nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.
- (§4) Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen. (Musterberufsordnung).
- siehe auch „Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung“ (Stellungnahme der BÄK 2015)

- Boni und variable Gehaltsanteile korrumpieren Chefärzte
- Fachabteilungserlöse bestimmen über Stellenpläne
- defizitäre Fachabteilungen werden geschrumpft oder geschlossen
- Die verkehrte Welt erzeugt Über- Unter- und Fehlversorgung in Pflege, Therapien und Medizin