

Behandlungskosten

Die Krankenhäuser können, anders als sonstige Betriebe weder selbst bestimmen, wie hoch der Preis für eine von ihnen erbrachte Leistung ist, noch, wie viele bestimmte Behandlungsfälle (z.B. Blinddarm-OP) sie durchführen.

In welcher Höhe den Krankenhäusern die Kosten für eine von ihnen erbrachte Leistung von den Krankenkassen erstattet werden, ist maßgeblich durch Basisfallwerte bestimmt, die jährlich zwischen den Verbänden der gesetzlichen und privaten Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vereinbart werden.

Diese bestimmen den Wert der Fallpauschalen für die jeweiligen Leistungsarten. Die Steigerung der Fallpauschalen orientiert sich an der Entwicklung der durchschnittlichen Krankenhauskosten (Orientierungswert) und Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen (Grundlohnrate).

Für das 2019 liegt die Grundlohnrate bei 2,65 Prozent. Der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Orientierungswert beträgt 1,96 Prozent.

Die maximale Anzahl, die von einer Leistungsart je Krankenhaus im Jahr erbracht werden darf, muss aufgrund gesetzlicher Vorgaben jährlich neu vereinbart werden. Erbringen die Krankenhäuser mehr Leistungen als vereinbart, fällt die Kostenerstattung für diese Leistungen (Fallpauschale) infolge sog. Mehrleistungsabschläge deutlich geringer aus.

Investitionskosten

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz geht von einer dualen Finanzierung aus. Die Bundesländer und die gesetzlichen Krankenkassen sollen sich die Krankenhausfinanzierung teilen. Die Bundesländer haben dabei die Investitionskosten der Krankenhäuser zu tragen. Diese Verpflichtung wird von den Bundesländern unterschiedlich, insgesamt jedoch unzureichend wahrgenommen. Zahlten die Länder 1993 noch 3,9 Mrd.Euro, waren es 2015 nur noch 2,8 Mrd. Euro. Die Investitionsquote der Länder sank von 25 Prozent im Jahr 1972 auf ca. 3,2 Prozent im Jahr 2015 (*Quelle: GKV-Spitzenverband*).