

Stand: Dezember 2014

Reihe: Politische Stichworte
Krankenhausvergütung

Text:

Seit 2003 werden die Klinikleistungen über diagnosebezogene Fallpauschalen vergütet, sogenannte Diagnosis Related Groups – kurz DRG. Das heißt, Krankenhäuser bekommen das Paket der Leistungen bezahlt, die laut Diagnose zur Behandlung nötig sind. Vor 2003 richtete sich die Vergütung lediglich nach der Länge des Krankenhausaufenthaltes, nicht nach den medizinisch erbrachten Leistungen. Die Qualität der Behandlung spielt bei der Vergütung bisher keine Rolle. Das Budget eines Krankenhauses wird jährlich mit den Krankenkassen verhandelt. Grundlage ist der Versorgungsauftrag der Klinik, den das Bundesland festlegt hat. Der Versorgungsauftrag bestimmt, welche Leistungen – abgesehen von Notfällen – ein Krankenhaus erbringen darf, und ist die Basis, auf der ein Krankenhaus die Zahl der DRGs für das Folgejahr beim zuständigen Land beantragt. Über alle DRGs hinweg wird der sogenannte Casemix ermittelt – ein durchschnittlicher Richtwert. Multipliziert mit dem Landesbasisfallwert – dem einheitlichen Preis für Krankenhausleistungen – errechnet sich dann das Jahresbudget. Der Landesbasisfallwert berücksichtigt sowohl die voraussichtliche Kostenentwicklung, als auch Wirtschaftlichkeitsreserven und Leistungsveränderungen.

Länge: 1.19 Minuten

Von: Ralf Breitgoff