

**Stand: Februar 2021**

Reihe: Politische Stichworte  
**Krankenhausvergütung**

**Text:**

Klinikleistungen werden 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 Einführung der DRGs 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.

Länge: 1.14 Minuten

---

Von: Kristin Sporbeck