

# SwissDRG – von Fallkosten zu Kostengewichten

Fallpauschalen setzen eine disziplinierte Leistungserfassung derer voraus, die die Leistung erbringen. Der Bedarf an Schulungen zum besseren Verständnis des Abrechnungssystems ist immer noch gross. Der Beitrag zeigt den aktuellen Stand der DRG-Abrechnung und reflektiert auch Schwächen des Systems.

Tarun Mehra<sup>a</sup>,  
Claudio Bitzi<sup>b</sup>

a Ärztliche Direktion,  
Medizincontrolling,  
UniversitätsSpital Zürich

b Direktion Finanzen,  
Leiter Controlling,  
UniversitätsSpital Zürich

## Leistungserfassung und SwissDRG: aktueller Stand

Im Jahr 2012 wurde das neue Vergütungssystem von akutsomatischen stationären Leistungen, SwissDRG, eingeführt. Ziele der Einführung waren insbesondere eine höherer Effizienz und Transparenz sowie eine Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen [1]. Die Fallpauschalen werden anhand der durchschnittlichen Kosten der Fälle zurückliegender Abrechnungsperioden berechnet. Damit das Fallpauschalensystem auch die tatsächlich entstandenen durchschnittlichen Kosten von einer DRG wiedergeben kann, müssen die während der Behandlung entstandenen Kosten auch korrekt auf die administrativen Fälle verbucht werden. Dies setzt, neben einer gutentwickelten Kostenträgerrechnung, auch eine disziplinierte Leistungserfassung derer voraus, die die Leistung erbringen. Dies gilt besonders für die Universitätsspitäler, weil gerade hier die Fallpauschalen die tatsächlichen Kosten noch unzureichend abbilden. Desweiteren ist der Bedarf an Schulungen zum besseren Verständnis des Abrechnungssystems immer noch sehr gross. Aus diesem Anlass möchten wir unser Wissen mit den klinisch tätigen Kollegen teilen.

## SwissDRG: vom Fall zu Fallpauschalen

Anhand klarer Regeln werden die Diagnosen und Prozeduren der Spitalfälle kodiert. Ein Grouper berechnet unter Berücksichtigung von administrativen Angaben die daraus folgende DRG. DRGs sind per Definition kostenhomogene Gruppen von Spitalleistungen. Im SwissDRG-System sind diese Gruppen in ihrem Schweregrad, erbrachtem Aufwand und Krankheitsbildern vergleichbar. Der Schweregrad einer DRG wird auch als Kostengewicht der DRG bezeichnet und in Casemix-Punkten angegeben. Fälle mit einer sehr kurzen Aufenthaltsdauer, die sich unterhalb der unteren Grenzverweildauer der entsprechenden DRGs befinden, erhalten einen Abschlag vom Kostengewicht, Fälle mit einer Verweildauer grösser als die obere Grenzverweildauer einen Zuschlag. Dieser Langliegerzuschlag deckt jedoch die Kosten des Aufenthaltes über der oberen Grenzverweildauer nur teilweise. Die Unterdeckung der Langliegerzuschläge ist gewollt, um keinen finanziellen Anreiz für medizinische Komplikationen zu schaffen. Zur Abrechnung wird das resultierende, effektive Kostengewicht mit einer Baserate multipliziert. Die Baserate bezeichnet einen Frankenbetrag, der zwischen den Spitalern und den Ver-

## SwissDRG – des coûts par cas aux poids relatifs de coûts

L'introduction du système SwissDRG en 2012 a marqué un changement décisif dans la rémunération des prestations hospitalières en visant notamment à améliorer l'efficacité et la transparence ainsi que la qualité du système de santé. Le système SwissDRG permet de comparer les groupes de cas en fonction de leur degré de gravité, des dépenses réalisées et des tableaux cliniques. Par ailleurs, SwissDRG SA exige que le calcul des coûts se fonde sur la méthode de comptabilité analytique REKOLE®. Les directives de REKOLE® définissent des exigences minimales et mettent l'accent sur la facturation des coûts complets; en d'autres termes, tous les coûts générés, qu'il s'agisse de coûts spécifiques ou de frais généraux, sont portés aux comptes de l'unité finale d'imputation, c'est-à-dire le cas administratif.

Cela implique, en plus d'un système de comptabilité par unité finale d'imputation techniquement bien développé, une certaine discipline dans la saisie des prestations de la part de ceux qui les fournissent.

Le système SwissDRG comporte cependant deux défauts majeurs. D'une part, il est très difficile pour SwissDRG SA de calculer de manière adéquate les poids relatifs de coûts pour les prestations qui sont rarement fournies en Suisse. Et d'autre part, le calcul des forfaits par cas ne tient compte que des coûts des inliers, ce qui implique que les cas «hors normes» (pour la plupart des high-outliers) ne sont pas suffisamment pris en compte dans le système, ce qui pénalise en particulier les hôpitaux qui proposent une prise en charge complète.

Pour cela, il est essentiel de continuer à former les médecins afin de les familiariser avec la philosophie du système SwissDRG.

1 Busse R, Geissler R, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead, England: McGraw-Hill, Open University Press; 2011.

Korrespondenz:  
Dr. med. Tarun Mehra  
Ärztliche Direktion  
Medizincontrolling  
UniversitätsSpital Zürich,  
Rämistrasse 100  
CH-8091 Zürich

tarun.mehra[at]usz.ch

sicherern für die Vergütung des Kostengewichtes ausgehandelt wird und hat sich an einem Kosten-Benchmarking zu orientieren. Sehr teure Einzelleistungen, wie z. B. Kunstherzen, die bei unterschiedlichen Leistungen anfallen, können in einem DRG-System nicht adäquat abgebildet werden. Diese Einzelleistungen werden separat als Zusatzentgelte abgerechnet.

### Die Bewertung der DRGs

Jährlich werden anhand der Leistungs- und Kostendaten der Spitäler durch die SwissDRG AG Zusatzentgelte und Kostengewichte der DRGs neu berechnet und im Fallpauschalenkatalog veröffentlicht. Dabei haben Spitäler, Versicherer und Berufsverbände wie die FMH die Möglichkeit, Änderungen vorzuschlagen.

Das Kostengewicht der Einzel-DRG wird anhand der mittleren Kosten der Fälle dieser DRG der Berechnungsperiode ermittelt. Aus statistischen Gründen werden hier nur Fälle berücksichtigt, die eine für ihre DRG als normal betrachtete Verweildauer im Spital hatten (Inlieger). D. h. Fälle, die entweder sehr kurze oder sehr lange Spitalaufenthalte hatten, werden zur Kostenkalkulation nicht berücksichtigt. Weiterhin werden nur Fälle allgemeinversicherter Patienten herangezogen, um Verzerrungen, die durch Kosten von Zusatzleistungen Zusatzversicherter Patienten entstehen, bei der Kalkulation zu vermeiden. Die Einführung des SwissDRG-Systems bedeutete einen einschneidenden Wechsel in der Vergütung stationär erbrachter Leistungen. Die Fälle werden nicht mehr nach anfallenden Kosten, sondern nach erbrachter Leistung vergütet. Hierbei wurden sogar Elemente der «pay for performance»-Idee in das System eingebaut, wie z. B. die Fallzusammenführung: Fälle, die innerhalb von 18 Tagen bei gleicher Grundkrankheit wieder in das gleiche Spital zurückkehren, müssen bis auf wenige Ausnahmen als ein Fall abgerechnet werden. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass Komplikationen ökonomisch zu Lasten der Spitäler behandelt werden. Weiterhin werden Fälle, die, bezogen auf ihre DRG, sehr lange im Spital behandelt werden müssen, nicht vollumfänglich refinanziert. Auch hier zielt das DRG-System darauf ab, Komplikationen oder organisatorische Unzulänglichkeiten des Spitals ökonomisch zu bestrafen.

### Betriebliches Rechnungswesen der Spitäler unter SwissDRG

Die Spitäler sind durch die Gesetzgebung angewiesen, ihre Kostendaten auf Fallebene an die SwissDRG AG abzuliefern. Diese Datenerhebung wird jährlich durchgeführt. Für die Berechnung der Fallkosten wird von der SwissDRG AG die REKOLE®-Kostenträgermethode vorgegeben [2]. Das REKOLE®-Handbuch «Betriebliches Rechnungswesen im Spital» [3] wurde von H+ auch vor dem Hintergrund der von KVG und VKL verlangten Einheitlichkeit in der Kostenermittlung und Leistungserfassung erstellt. Zur Erfüllung dieser Anforderungen wurde das Handbuch REKOLE® als Grundlage für eine einheitliche schweizerische Anwendungspraxis der Kosten- und Erlösrechnung erarbeitet.

Die Richtlinien von REKOLE® stellen Minimalanforderungen (Muss-Ebene) an eine Betriebsbuchhaltung, die den Schwerpunkt auf eine Vollkostenrechnung auf Ist- und Normalkostenbasis legt. Bei der Vollkostenrechnung werden im Gegensatz zur Teilkostenrechnung alle Kosten auf den einzelnen Kostenträger (stationärer oder ambulanter Fall) verrechnet, unabhängig davon, ob es sich um Einzel- oder Gemeinkosten handelt. Der Nachteil der Vollkostenrechnung ist, dass Kosten auf die Fälle verrechnet werden, die nach dem Verursacherprinzip nicht direkt zurechenbar sind, sogenannte Gemeinkosten. Ein grosser Teil der Fixkosten gehören zu den Gemeinkosten.

### Ziele von REKOLE®

Bei der REKOLE®-Einführung wurden folgende Ziele verfolgt und weitestgehend erreicht:

- Die Schaffung eines einheitlichen schweizerischen betrieblichen Rechnungswesens, das in der Grundstruktur vorgegeben und in der Ausprägung skalierbar ist.
- Das Regelwerk stützt sich auf national anerkannte Rechnungsstandards.
- Es wird primär als betriebliches Preisfindungsinstrument konzipiert und setzt folgende Schwerpunkte:
  - Sicherstellung der Nachvollziehbarkeit der ausgewiesenen Kosten und damit Förderung des Kostenbewusstseins,
  - Basis für Vor- und Nachkalkulationen,
  - Ermittlung von Kennzahlen und Auswertungsmöglichkeiten: Budget/Ist-Vergleiche, Zeitreihenanalysen, Betriebsvergleiche.
- Gesetzliche Rahmenbedingungen und Verordnungen werden eingehalten.
- Das betriebliche Rechnungswesen dient als Grundlage für Tarifverhandlungen.
- Das Regelwerk beansprucht langfristige Geltung.

Mit der Kostenträgerrechnung, die den stationären oder ambulanten Fall als Kostenträger definiert, stehen nicht mehr wie bei der Kosten- und Leistungsrechnung H+ 1992 die Ergebnisse der Hauptkostenstellen, sondern die der Kostenträger im Vordergrund. Dies war hauptsächlich durch die Revision des KVG bedingt: Das DRG-System kann nur mit verlässlichen Daten aus der Kostenträgerrechnung umgesetzt werden.

### Einzel- und Gemeinkosten

Der oben erwähnte Systemwechsel führt auch zu einem grundlegenden Wechsel in der Zusammensetzung der Einzelkosten: Die Lohnkosten der Ärzteschaften und der pflegerischen und therapeutischen Dienste sind als Gemeinkosten zu behandeln, da sie nicht direkt auf die Kostenträger verrechnet werden können. Dasselbe gilt für den Bereich Hotellerie. Es werden neue leistungserbringende Kostenstellengruppen (Ärzteschaften, Pflege, Therapien, Hotellerie) gebildet, deren Kosten mittels Leistungserfassung auf den Fall verrechnet werden können. Der Unterschied zwischen Einzel- und Gemeinkosten resultiert daraus, dass die Einzelkosten mittels Beleg und ohne Schlüsselung eindeutig einem Kosten-

2 SwissDRG AG. Dokumentation zur SwissDRG-Erhebung 2014; Bern. ([www.swissdrg.org/assets/pdf/Erhebung2014/Dokumentation\\_zur\\_SwissDRG\\_Erhebung\\_2014.pdf](http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Erhebung2014/Dokumentation_zur_SwissDRG_Erhebung_2014.pdf)).

3 REKOLE® Handbuch – Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 4. Ausgabe, 2013, Bern, H+ Die Spitäler der Schweiz.

träger (Fall) zugeordnet werden können (z. B. Materialkosten wie Implantate oder Blutkonserven können direkt auf einen Patienten gebucht werden). Gemeinkosten bilden das Gegenstück zu den Einzelkosten und entsprechen jenen Kosten, die einem Kostenträger mittels Kalkulationssätze auf dem Umweg über eine Kostenstelle verrechnet werden, weil keine direkte Kostenverursachung zwischen Kostenträger und Gemeinkostenart besteht. Während Einzelkosten in der Regel proportional zum Output (Anzahl behandelter Fälle) zu- und abnehmen, sind Gemeinkosten kurzfristig leistungsmengenunabhängig. Ziel jeder Kostenrechnung ist es, die Einzelkosten vollständig und die Gemeinkosten so gut wie möglich verursachergerecht auf den Kostenträger zu allozieren. Die Kosten der Kostenträger bilden sodann die Grundlage für betriebliche Entscheidungen, aber auch für die SwissDRG zur Berechnung der Kostengewichte im SwissDRG-System.

#### Kostenstellen und Kostenverrechnung

Die Kostenstelle gilt als Sammelgefäss für Gemeinkosten und kann als ein nach funktionalen, räumlichen, organisatorischen und verantwortungsmässigen Kriterien abgegrenzter betrieblicher Bereich der Kostenentstehung betrachtet werden. Die Muss-Kostenstellengliederung (minimale Kostenstellengliederung) unterteilt sich in dienstleistende und leistungserbringende Kostenstellen sowie in Nebenbetriebe. Die dienstleistenden Kostenstellen sind Kostenstellen, die meist nicht an der direkten und unmittelbaren Patientenversorgung teilnehmen, aber deren reibungslosen Ablauf ermöglichen. Bei den dienstleistenden Kostenstellen werden deren Totalkosten in der Regel auf andere Kostenstellen oder aber direkt auf den Kostenträger verrechnet. Beispiele für dienstleistende Kostenstellen sind: Infrastruktur, Direktion, Reinigung, Rechnungswesen. Leistungserbringende Kostenstellen bezeichnen Bereiche, die eine direkte medizinische, therapeutische oder pflegerische Leistung erbringen und deren Totalkosten auf die Kostenträger (Fälle) verrechnet werden. Beispiele für leistungserbringende Kostenstellen sind: OP-Saal, Anästhesie, Ärzteschaften, Pflege. Nebenbetriebe erbringen Leistungen, welche die Spitalprozesse unterstützen oder ergänzen und betreffen primär nicht die Patientenversorgung. Beispiele für Nebenbetriebe sind: Parkplatz, Kinderkrippe, Restaurationsbetriebe, Personalunterkunft.

#### Kostenträger

Während alle fallabhängigen Leistungen eines Spitals als Kostenträger den stationären oder ambulanten *administrativen Fall* haben, steht für alle fallunabhängigen Leistungen wie z. B. Dienstleistungen an Dritte oder Lehre und Forschung als Kostenträger der *Auftrag* zur Verfügung. Eine saubere Trennung der Kosten auf die verschiedenen Kostenträger muss zwingend gewährleistet sein. Der administrative Fall und der Auftrag sind per Definition ein Kontierungsobjekt und die kleinste bebuchbare Einheit. Es wird unterschieden zwischen der Kostenträgerzeitrechnung und der Kostenträgerstückrechnung. Bei letzterer werden sämtliche Kosten der Fälle

gezeigt, egal wann die Kosten zeitlich angefallen sind. Bei der Kostenträgerzeitrechnung werden lediglich jene Kosten der Fälle gezeigt, die in der relevanten Buchungsperiode (z. B. 1. 1. bis 31. 12. 2014) angefallen sind.

#### Leistungserfassung

Für die Kostenrechnung ist eine umfassende kostenstellen- und kostenträgerbezogene Leistungserfassung unumgänglich. Diese Leistungserfassung muss zeitnah, vollständig und korrekt sein – es sind nicht nur die verrechenbaren, sondern auch die nicht verrechenbaren Leistungen zu erfassen. Die Leistungserfassung dient nicht nur der Rechnungsstellung, sondern wird insbesondere für die Bewertung der eingesetzten Ressourcen benötigt. Für die Leistungserfassung gibt es verschiedene Arten der Erfassung. Jede Erfassungsart ist mit unterschiedlichem Aufwand bei der Erhebung und unterschiedlichem Grad an Genauigkeit verbunden. Basierend auf den erfassten Leistungen je Fall werden die auf den Kostenstellen gesammelten Kosten auf die Kostenträger verrechnet. Ein für die Universitätsspitäler besonders wichtiges aber bisher ungelöstes Problem stellen die Verbunds- und Vorhalteleistungen dar, die nicht direkt einzelnen Fällen zugeordnet werden können.

#### Kostenträgerausweis

Es ist für eine Spitalleitung unabdingbar, ihre Kosten und Erträge für die verschiedenen Leistungen bzw. pro Kostenträger zu kennen und insbesondere zu steuern. In der Kostenträgerrechnung können dann gezielt mittels Einzelwerten (z. B. Einzelfälle) oder verdichteter Daten (z. B. je DRG oder Versicherungsgruppe) statistische und weitere Auswertungen und Analysen vorgenommen werden.

#### Schwächen von SwissDRG

In grossen Teilen werden medizinische Leistungen in der Akutversorgung im SwissDRG-System gut abgebildet. Es muss jedoch neben der teilweise ungenügenden Kostenkalkulation der Fälle in den Spitälern namentlich auf zwei systematische Schwachstellen hingewiesen werden. Einerseits ist es für die SwissDRG AG sehr schwer, für Leistungen, die in der Schweiz selten erbracht werden, adäquat Kostengewichte zu kalkulieren. So kommt es bei DRGs mit schweizweit geringen Fallzahlen zu erheblichen Schwankungen in der Fallstärke von einem Jahr zum nächsten. Das finanzielle Ergebnis wird damit zum Zufallsresultat.

Andererseits werden zur Berechnung der Fallpauschalen nur Kosten der Inlieger herangezogen, so dass Kostenausreisser, die zu einem Grossteil Langlieger sind, im System bisher nicht ausreichend abgebildet werden. Durch die Schwächen des Systems sind insbesondere Spitäler der Maximalversorgung, die die Aufgabe der Behandlung von komplexen und seltenen Krankheitsfällen verstärkt wahrnehmen, in besonders hohem Ausmass betroffen. Für sie stellt das neue System in seiner jetzigen Form einen erheblichen finanziellen Nachteil dar, der mit einer höheren Baserate ausgeglichen wird.